Women with Disabilities: Accessing Trade

Deborah Stienstra
Colleen Watters
Hugh Grant
Hui-Mei Huang
Lindsey Troschuk

Policy Research
Recherche
en matière de politiques

Status of Women Canada
Condition féminine Canada

Canada

105-01352/

Women with Disabilities: Accessing Trade

Deborah Stienstra
Colleen Watters
Hugh Grant
Hui-Mei Huang
Lindsey Troschuk

The research and publication of this study were funded by Status of Women Canada's Policy Research Fund. This document expresses the views of the authors and does not necessarily represent the official policy of Status of Women Canada or the Government of Canada.

July 2004

Status of Women Canada is committed to ensuring that all research produced through the Policy Research Fund adheres to high methodological, ethical and professional standards. Specialists in the field anonymously review each paper and provide comments on:

- the accuracy, completeness and timeliness of the information presented;
- the extent to which the methodology used and the data collected support the analysis and recommendations; and
- the original contribution the report would make to existing work on this subject, and its usefulness to equality-seeking organizations, advocacy communities, government policy makers, researchers and other target audiences.

Status of Women Canada thanks those who contribute to this peer-review process.

National Library of Canada cataloguing in publication data

Stienstra, Deborah, 1960-

Women with Disabilities: Accessing Trade

Text in English and French on inverted pages.
Title on added t.p.: Les femmes handicapées et la libéralisation du commerce

Issued also on the Internet.
ISBN 0-662-68148-7
Cat. no. SW21-112/2004

1. Women with disabilities – Canada – Attitudes.
2. Self-help devices for people with disabilities – Government policy – Canada.
3. Businesswomen – Canada – Attitudes.
4. Canada – Commercial policy.
5. Canada – Commercial treaties.
I. Canada. Status of Women Canada.
II. Title.

HV1569.3W65 2004 305.9'08'0971 C2004-980150-3E

Project Manager: Madina Nicolas and Jo Anne de Lepper, Status of Women Canada
Publishing Co-ordinator: Cathy Hallessey, Status of Women Canada
Editing and Layout: PMF Editorial Services Inc. / PMF Services de rédaction inc.
Translation: Linguistica
Comparative Read: Christiane Mélançon
Translation Co-ordinator: Monique Lefebvre, Status of Women Canada
Translation Quality Control: Lila Muipatayi, Status of Women Canada

For more information contact:
Research Directorate
Status of Women Canada
123 Slater Street, 10th Floor
Ottawa, Ontario K1P 1H9
Telephone: (613) 995-7835
Facsimile: (613) 957-3359
TDD: (613) 996-1322
E-mail: research@swc-cfc.gc.ca

This document is also available for download on the Status of Women Canada Web site <http://www.swc-cfc.gc.ca/>.

TABLE OF CONTENTS

LIST OF FIGURES AND TABLES ii

ACRONYMS iii

PREFACE iv

EXECUTIVE SUMMARRY v

1. INTRODUCTION 1
   - The Trade Environment 2
   - The Research 3
   - General Findings 4

2. WOMEN WITH DISABILITIES AND INTERNATIONAL TRADE 5

3. TRADE IN ASSISTIVE DEVICES AND TECHNOLOGY 8
   - What We Know about Patterns in Trade in Assistive Devices 8
   - Assistive Devices and Women with Disabilities 13
   - Trade in Assistive Devices and Policy Recommendations 18

4. TRADE IN HEALTH PRODUCTS AND SERVICES 21
   - Patterns in Trade of Pharmaceuticals 21
   - Patterns in Trade of Health Services 24
   - Trade in Health Services and Products, and Women with Disabilities 26
   - Trade in Health Services and Products, and Policy Recommendations 29

5. ACCESS TO TRADE INFORMATION AND SERVICES FOR WOMEN ENTREPRENEURS WITH DISABILITIES 31
   - Information about Entrepreneurship 32
   - Information about Visas and Insurance 32
   - Information about Customs, Tariffs or Standards 33
   - Information about Brokers 34
   - Access to Trade Information and Services, and Policy Recommendations 35

6. CONCLUSIONS 37

BIBLIOGRAPHY 39

APPENDIXES
- A: Methodology 43
- B: Tables 54

ENDNOTES 73

LIST OF FIGURES AND TABLES

Figures

1a Exports of Wheel Chairs 9
1b Imports of Wheel Chairs 9
2a Exports of Mechano-Therapy 10
2b Imports of Mechano-Therapy 10
3a Exports of Orthopaedic Appliances 10
3b Exports of Orthopaedic Appliances 10
4 Percentage Increase in Trade 11
5a Exports of Medical Equipment 12
5b Imports of Medical Equipment 12
5c Domestic Consumption, Medical Equip/Supplies 12
5d Import Share, Medical Equip/Supplies 12
6a Exports of Pharmaceuticals 21
6b Imports of Pharmaceuticals 21
7a Exports, Pharmaceutical Industry 23
7b Imports, Pharmaceutical Industry 23
7c Domestic Consumption, Pharmaceuticals 23
7d Import Share, Pharmaceuticals 23
8 Change in Drug Prices and Expenditures 24
9a Exports of Health-Related Travel 26
9b Imports of Health-Related Travel 26

Tables

1 Selected Tariff Rates Under WTO Agreement 55
2 Canada's International Trade, 1992-2001, Total Trade and Selective Commodities 56
3 Trade by Commodity Classification, 1992-2001, Selected Assistive Devices 57
4 Trade by Industry Classification, 1992-2001, Medical Equipment and Supplies 58
5 Trade by Commodity Classification, 1992-2001, Pharmaceuticals 59
6 Trade by Commodity Classification, 1992-2001, Pharmaceuticals 61
7 Trade by Industry Classification, 1992-2001, Pharmaceutical and Medicine Manufacturing 62
8 Pharmaceutical Prices in Canada, 1992-2001 63
9 Public and Private Expenditure on Drugs 64
10 Trade in Health-Related Travel, 1992-2001 66
11 Assistive Devices Programs 67

ACRONYMS

ADP	Assistive Devices Program (Ontario)
CCDS	Canadian Centre on Disability Studies
CCRA	Canada Customs and Revenue Agency
CNIB	Canadian National Institute for the Blind
CPI	Consumer Price Index
CPI-P	Consumer Price Index for Pharmaceuticals
CSA	Canadian Standards Association
DAWN	DisAbled Women's Network of Canada
DFAIT	Department of Foreign Affairs and International Trade
ERDCO	Ethno-Racial People with Disabilities Coalition of Ontario
FTA	Canada-United States Free Trade Agreement
FTAA	Free Trade Area of the Americas
GATS	General Agreement on Trade in Service
GATT	General Agreement on Trade and Tariffs
GST	Goods and Services Tax
HRDC	Human Resources Development Canada
IDEA	*Individual with Disabilities Education Act*
ILRC	Independent Living Resource Centre
IPPI	Industrial Product Price Index
MSI	Medical Services Insurance (Nova Scotia)
NAFTA	North American Free Trade Agreement
NAIC	North American Industry Classification
NED	Network of Entrepreneurs with Disabilities
NEWD	Network for Entrepreneurs with Disabilities
OHIP	Ontario Health Insurance Plan
PALS	Participation and Activity Limitation Survey
PMPI	Patented Medicine Price Index
PMPRB	Patented Medicine Prices Review Board
ROW	Rest of the World (apart from the United States)
SAIL	Saskatchewan Aids to Independent Living
SMD	Society for Manitobans with Disabilities
TTY	Teletypewriter
WTO	World Trade Organization

PREFACE

Good public policy depends on good policy research. In recognition of this, Status of Women Canada instituted the Policy Research Fund in 1996. It supports independent policy research on issues linked to the public policy agenda and in need of gender-based analysis. Our objective is to enhance public debate on gender equality issues in order to enable individuals, organizations, policy makers and policy analysts to participate more effectively in the development of policy.

The focus of the research may be on long-term, emerging policy issues or short-term, urgent policy issues that require an analysis of their gender implications. Funding is awarded through an open, competitive call for proposals. A non-governmental, external committee plays a key role in identifying policy research priorities, selecting research proposals for funding and evaluating the final reports.

This policy research paper was proposed and developed under a call for proposals in August 2001, entitled *Trade Agreements and Women*. Research projects funded by Status of Women Canada on this theme examine issues such as gender implications of Canada's commitments on labour mobility in trade agreements; the effect of trade agreements on the provision of health care in Canada; the social, economic, cultural and environmental impacts of free trade agreements on Canadian Aboriginal women; building Canadian models of integrating gender perspective into trade agreements; the repercussions of the trade agreements on the proactive employment equity measures for women that are applicable to private-sector employers in Canada; and the effects of trade agreements on women with disabilities.

A complete list of the research projects funded under this call for proposals is included at the end of this report.

We thank all the researchers for their contribution to the public policy debate.

EXECUTIVE SUMMARY

For women with disabilities, Canada's entry into trade agreements has meant a further erosion of their already marginal status in Canadian society. While proponents of trade liberalization promised that costs related to assistive devices, health services and pharmaceuticals could decrease, this has not happened. In addition, as an indirect effect of trade liberalization and in the more general context of neo-liberal economic policies, there has been a reduction in scope and number of public programs designed to support the participation of people with disabilities in community life. Trade liberalization has also created, indirectly, a disincentive to enter the paid labour force. While the best avenue for escaping low income is employment, for women with disabilities the rising cost of pharmaceuticals and other disability supports has simply increased the financial barriers to participating in the paid labour force and thus made labour force participation impossible.

This study investigates how trade in health services and assistive devices affected women with disabilities and how women entrepreneurs with disabilities are able to access trade services and information. The project looks historically at the changes to these three areas over the past decade and identifies obstacles and benefits for women with disabilities from trade relationships, particularly with the United States. This report addresses the key research question: How can Canadian trade policies ensure access and inclusion for women with disabilities? It also highlights the major issues of concern to women with disabilities both as consumers and as entrepreneurs. In doing so, this report adds to our knowledge about the particular concerns of women with disabilities in relation to trade agreements and policies, and brings a richness and depth to our understanding of how trade differentially affects various groups of people. The report makes policy recommendations for concrete measures that can be undertaken by governments and private sector organizations to address these concerns.

The research team drew from a number of different data sources, both qualitative and quantitative. The qualitative data were gathered through focus groups, individual interviews and key informant interviews. The research team undertook quantitative analysis of the relevant trade statistics. In total, 42 women with disabilities participated in either focus groups or interviews. Six identified themselves as entrepreneurs, eleven as ethno-racial women and two as Aboriginal women. We met with women who experienced a wide range of disabilities including physical and sensory (i.e., those who are deaf, have low vision or are blind), mental health disabilities and many others. To get different perspectives on access to trade, we also interviewed seven vendors of assistive devices in Manitoba, Ontario and Newfoundland and Labrador, four program co-ordinators in Manitoba and Saskatchewan, and two Manitoba-based brokers.

Policy Recommendations on Assistive Devices

1. All assistive technology and devices for people with disabilities should be exempt from duty, brokerage fees and tax.

2. The Canada Customs and Revenue Agency (CCRA) should create a registry of people who receive the disability tax credit and use that to approve duty-free status related to each person with disabilities.

3. Separate commodity classification codes for assistive technology should be created by Statistics Canada following significant, participatory discussions with the self-representational disability community.

4. There needs to be a greater harmonization of standards between the United States and Canada so assistive technology bought in one place can be used in the other.

5. The CCRA should create an accessible, user-friendly Web site and fact sheets on importing assistive technology and aids, and people with disabilities.

6. The CCRA and the Canadian Society for Customs Brokers should provide information about the role of brokers in importing assistive devices and technology, the costs associated with importation and the possibilities for getting the brokerage fee returned if the devices are exempt from duty.

7. The federal, provincial and territorial governments should co-ordinate a Canada-wide information system on aids and devices, which is accessible and understandable by the general public, policy makers, program personnel, etc.

8. Mechanisms should be put in place to enable parents and individuals with disabilities to reclaim the Goods and Services Tax (GST) charged on products for persons with disabilities coming into Canada from the United States. Currently, professionals can reclaim this GST on these types of items while parents and consumers are unable to do so.

9. Incentives to strengthen Canadian assistive technology industries should be developed.

Policy Recommendations on Trade in Health Services

10. In developing trade policies, the Department of Foreign Affairs and International Trade (DFAIT) needs to recognize the lack of access issues created by the disparity in costs in health products between Canada and the United States, and create an appropriate mechanism to address this variation for people with disabilities who require these products.

11. DFAIT should ensure that, within existing and developing trade policies, common accessibility standards (including the provision of interpreters in emergency health care settings) that support existing national legislation are implemented.

12. DFAIT should ensure international trade agreements, both those existing and those still to be implemented, do not disrupt access to publicly funded home care.

13. Companies from the United States selling health care products and assistive devices should be encouraged to set up franchises in Canada to increase the accessibility and affordability of these items to the consumers.

Policy Recommendations on Access to Trade Information and Services for Women Entrepreneurs with Disabilities

14. DFAIT should undertake a systematic analysis of all its trade policies using a disability lens to identify the challenges and opportunities for women and men with disabilities.

15. DFAIT and private industry should develop and advertise a Web site about international trade policies and their impact on women and men with disabilities. Information should be available in multiple formats.

16. The CCRA, other federal agencies, non-profit organizations and private industry should provide workshops on customs regulations associated with importing goods and services, and how to complete the necessary paperwork.

17. The CCRA should develop a user-friendly, accessible Web site with relevant customs information for entrepreneurs, including a list of telephone/teletypewriter numbers to call for clarifications or questions.

18. The Canadian Trade Commissioner Service's Businesswomen in Trade section should provide and include in its Web site specific information about access and inclusion issues for women entrepreneurs with disabilities who want to engage in trade.

19. Entrepreneurs with disabilities should create a national network of support and networking, with particular emphasis on recruiting and supporting women entrepreneurs with disabilities.

1. INTRODUCTION

Increased international trade has been one of the most momentous aspects of the Canadian economy over the past decade. Since 1992, Canada has experienced a rapid increase in trade: exports have grown by 179 percent and imports by 126 percent (see Table 2). As a result, 40 percent of Canada's gross domestic product is now accounted for by exports. This expansion in trade has affected the lives of all Canadians, but it has been distinctively important for women with disabilities.

Women with disabilities are a significant proportion of the Canadian population, and more women than men live with disabilities. In 2001, 55 percent of all adults with disabilities were women. Women and girls with disabilities made up 13.3 percent of the Canadian population and 15.7 percent of all adult women. As women age, a greater proportion live with disabilities; 42 percent of women 65 years and older identify themselves as experiencing disabilities (Statistics Canada 2002). The incidence of disability among Aboriginal people in Canada is more than twice the national rate (HRDC 2002).

Women with disabilities comprise more than half of Canadians who say they require aids or devices for their daily activities. The most recent data from 2001(Statistics Canada 2003) illustrate that of the 1.6 million Canadians 15 years and older who said they needed aids and devices for daily activities, 895,590 (56 percent) were women. Approximately 40 percent (369,430) of these women said they needed more aids than what they had or had no aids. Among the reasons for their unmet needs for assistive aids and devices, approximately 35 percent said the device was not covered by insurance, 47 percent said the assistive aid was too expensive and 13 percent said they didn't know where or how to obtain it.[1]

Yet, women with disabilities have limited access to income, lower incomes and a significant reliance on government income support programs. Household income for persons with disabilities between 1993 and 1998 was roughly three quarters of the household income of people without disabilities. For Aboriginal persons with disabilities, the household income is roughly one half of the population of non-Aboriginal households. Twenty-five percent of people living in low-income households are people with disabilities. In 1998, of working age adults (16 to 64 years of age) with disabilities, 48 percent had government programs as their primary source of income. Women with disabilities were three times more likely to rely on government programs than women without disabilities and more likely than men with disabilities (HRDC 2002).

Women with disabilities are among those who, as consumers, rely heavily on assistive devices, pharmaceuticals and health services. From this point of view, increased trade has promised lower prices and greater availability. On the other hand, with trade liberalization has also come a greater dependence on the market to distribute resources. This leaves women with disabilities at potentially greater risk. Since women with disabilities tend to have lower incomes and are more reliant for their income on government programs, they may have to allocate a significant portion of their income to assistive devices or health services or go without.

Women with disabilities are uniquely affected by how Canada undertakes and promotes trade, yet issues of concern to them are not on the table in trade negotiations nor in assessments of existing trade agreements. This report highlights the key issues of concern to women with disabilities, both as consumers and as entrepreneurs. In doing so, it adds to our knowledge about the particular concerns of women with disabilities in relation to trade, provides a richness and depth to our understanding of how trade differentially affects various groups of people, and gives policy recommendations for concrete measures that can be undertaken by governments to address these concerns.

The Trade Environment

In 1987, Canada began a process toward trade liberalization when it entered into a bilateral trade agreement with the United States. Implementation of the Canada–United States Free Trade Agreement (FTA) two years later resulted in the gradual elimination of tariff and non-tariff barriers to trade in a wide range of goods. The North American Free Trade Agreement (NAFTA), signed in 1994, superseded the FTA and extended coverage to Mexico. Negotiations are underway to strike a broader Free Trade Area of the Americas (FTAA) that would include 34 countries in the western hemisphere.

In retrospect, the FTA and NAFTA merely anticipated changes occurring on a multilateral basis. In 1995, successful conclusion of the Uruguay round of negotiations of the General Agreement on Tariffs and Trade (GATT) led to the Marrakesh Agreement establishing the World Trade Organization (WTO). Canada's participation in the WTO involves it in a far-reaching multilateral trade agreement among 125 original participating countries covering most merchandise goods and some services. Where the FTA committed Canada to the gradual elimination of duties on most trade with the United States, the WTO Agreement effectively extended similar (most-favoured nation) treatment to the rest of the world. Both NAFTA and the General Agreement on Trade in Services (GATS) reached by the WTO define parallel rules and procedures governing a range of commercial services.

Canada's entry into trade liberalization negotiations, first with the United States, subsequently with Mexico and other countries in the Americas, and then multilaterally under the WTO Agreement, was expected to generate several benefits for Canadians. By removing tariff and non-tariff barriers to the international movement of commodities, it was suggested that consumers would see lower prices on their goods and services. This would be achieved by eliminating the import tax on goods and services and, indirectly, by increasing productivity and efficiency for companies. By rationalizing production in certain industries, we expected to generate economy-wide benefits in the form of faster economic growth, lower unemployment rates and slower rates of inflation (Cox and Harris 1986).

Others had significant concerns, in large part about the workers whose jobs would be lost as a result of these changes. Consumers also had concerns that lower prices would only happen if there were increased competition, not in the case where there were fewer companies controlling the markets.

One important concern was the increased pressure on governments, as a response to trade liberalization, to privatize previously public services. Both NAFTA and the WTO Agreement

place obligations on Canada that go beyond eliminating tariffs and other barriers to trade, to protecting the rights of foreign investors (under NAFTA's "national treatment" provisions), protecting intellectual property rights and dispute resolution mechanisms. To eliminate programs that may be seen as an unfair trade practice or hidden subsidy favouring domestic producers, trade agreements exert pressure to harmonize government policies between countries. In large part, this has meant greater pressure for privatization (Johnson 2002: 4).

Since many of these government programs were specifically targeted to replace the *private* allocation of resources with *public* delivery, individuals who had previously benefited from publicly funded programs would be left more vulnerable to the whims of the market. Women with disabilities are among those for whom this is a significant concern.

The Research

Guiding the research of this project was one key question: How can Canadian trade policies ensure access and inclusion for women with disabilities? To answer this question, the research team examined three distinct areas in detail: trade in assistive devices and technology, trade in health services and products (including pharmaceuticals), and access to trade information and services for women entrepreneurs with disabilities. The report is structured using these three areas.

Our research was nurtured by an advisory committee, which met throughout the project. Its members included representatives of our partner organizations — the Council of Canadians with Disabilities, the DisAbled Women's Network of Canada, the Network of Entrepreneurs with Disabilities, Collaborative Learning Strategies (which became a partner when the Cowichan Economic Development Cooperative withdrew) as well as from the Assistive Devices Industry Office of Industry Canada, Western Economic Diversification, the Centre for Women in Business at Mount St. Vincent University and Kartini International (a company with considerable experience related to trade and women's issues).

To gather data, we drew from a number of different sources both qualitative and quantitative.[2] The qualitative data were gathered through focus groups, individual interviews and key informant interviews. The research team also undertook quantitative analysis of the relevant trade statistics.

To learn the trade concerns of women with disabilities and women entrepreneurs with disabilities, we held in-person focus groups with women with disabilities in Halifax, Toronto and Winnipeg. All but one were held in English; the exception was held in American Sign Language. One focus group was held on-line with women with disabilities on Vancouver Island. Individual interviews were held with women with disabilities in Calgary. In Toronto and Winnipeg, we also interviewed ethno-racial women with disabilities, with translation from their first language as required.

In total, 42 women with disabilities participated in either focus groups or interviews. Six identified themselves as entrepreneurs. Eleven identified themselves as ethno-racial women and two as Aboriginal women. We met with women who experienced a wide range of disabilities including sensory disabilities (deaf women, those with low vision, or those who

are blind or hard of hearing), mental health disabilities, women with multiple and invisible disabilities and many others. Their frustrations, questions and concerns provide much of the content of this report.

To get different perspectives on access to trade, we also interviewed seven vendors of assistive devices in Manitoba, Ontario and Newfoundland and Labrador; four program co-ordinators in Manitoba and Saskatchewan, one assistive devices researcher in Ontario and two Manitoba-based brokers.

General Findings

For women with disabilities, Canada's entry into trade agreements has meant a further erosion of their already marginal status in Canadian society. While proponents of trade liberalization promised that costs related to assistive devices, health services and pharmaceuticals could decrease, this has not happened. In addition, as an indirect effect of trade liberalization, there has been a reduction in scope and number of public programs designed to support the participation of people with disabilities in community life. This leaves women with disabilities more and more vulnerable to market forces in which they have little or no say.

Trade liberalization has also created, indirectly, a disincentive to enter the paid labour force. While the best avenue for escaping low income is employment, for women with disabilities the rising cost of pharmaceuticals and other disability supports has simply increased the financial barriers to participating in the paid labour force and thus made entry impossible for many. In this regard, trade liberalization has likely contributed to the further marginalization of women with disabilities and to a less inclusive society.

Not only do women with disabilities face these systemic barriers to full inclusion, they also have little knowledge of, or access to, information on the effects of trade on their lives. This further reduces their capacity to address their exclusion from Canadian society.

This study found significant and detailed information that will help us understand how trade affects women with disabilities as consumers and entrepreneurs, and how to change trade and other policies to ensure better access and inclusion for women with disabilities. The following three chapters provide detailed findings related to trade in assistive devices and technologies, trade in health services, and access to trade information and services for women entrepreneurs with disabilities.

2. WOMEN WITH DISABILITIES AND INTERNATIONAL TRADE

While international trade agreements have made headlines for the past two decades, there is nothing written specifically about women with disabilities and trade. In our literature review, we came across no studies, articles or even general information that addressed the specific situations of women with disabilities in relation to trade.

There is a growing body of literature on women and trade generally, much of which examines the effects of the current global environment of economic policy, trade agreements and competition on women. Some of the issues this literature examines include the effects of economic processes on women (Afshar and Dennis 1992; Beneria and Feldman 1992; Joekes and Weston 1995), explanations for the economic impacts of trade in terms of gender relations, ideologies or bias (Elson 1991; Fernandez-Kelly 1989; Moghadam 1993; Pearson 1992; Redclift and Stewart 1991) and the gendered aspects of economic restructuring, for example, the way that gender shapes the labour process, and the impact of women's employment on gender relations (Blumberg et al. 1995; Feldman 1992; Moghadam 1995; Tiano 1994; Ward 1990).

The work of women, both waged and unwaged, in formal sectors and within the home, in manufacturing, and in public and private services, is important to global accumulation and trade. The increasing globalization of production has led to an increase in companies' pursuit of flexible forms of labour to gain a competitive advantage in trade. The prevalence of women in these new labor pools has been termed the "feminization of labour" by feminist academics studying the global economy (Moghadam 1999; Macdonald 2003). Changing job structures in industrial enterprise favour the feminization of employment. In Canada, large corporations have responded to the pressures of increased competition by shifting toward more "flexible" production strategies including contracting out work to smaller companies, using more flexible part-time labour often based out of the home, and paying workers at minimum wage levels with little or no benefits (Macdonald 2003). This tends to lead to an increase in the number of women in the labour force, but also to a deterioration of work conditions. Labour standards, income and employment status deteriorate as women accept these concessions in exchange for flexibility of working conditions and hours.

As a result of the effects of increased trade, women have been gaining an increasing share of many kinds of jobs, but their labour-market participation has not been accompanied by a redistribution of domestic, household and child-care responsibilities. Laura Macdonald (2003: 49), writing about gender and Canadian trade policy, argues: "Export promotion strategies may thus sap women's energies both in the sphere of production (where they are forced to supplement family income or as the main income earner), and of reproduction (where they are forced to economize by cutting back on the family's basic purchases)." Women are still disadvantaged in the new labour markets in terms of wages, training and occupational segregation. They are also disproportionately involved in forms of labour used to maximize profits, increase productivity and competitiveness in the work economy and in temporary, part-time, casual and home-based work.

According to Moghadam (1999), the situation is better or worse depending on the type of state and the strength of the economy. Hassanali (2000: 8) emphasized the "increasing skepticism about the promises of trade liberalization and whether trade-led economic growth, privatization and market de-regulation, and a diminished role for governments have led to a highter quality of life in Canada and elsewhere." Even in the developing world, vast numbers of economically active women lack formal training, work in the informal sector, have no access to social security and live in poverty.

There is also a burgeoning literature on trade generally, including trade in health services, which we will not review here.

Yet many of the women with disabilities we met expressed a lack of knowledge about trade and lack of confidence in their own judgment about how international trade agreements with the United States affected their lives.

> *There needs to be more outreach in terms of getting the information out there to people with disabilities about free trade and trade policies. That is one aspect. They also need to keep in mind issues that would adversely affect people with disabilities. What are the implications to limiting free trade to different countries? Women with disabilities need to be part of the policy development process related to free trade to make sure that access issues are included, that it is not thought of after the fact or that we are completely left out. We should be an integral part of the policy-making process* (Ethno-racial woman in Toronto).

> *Barriers are a lack of information, lack of communication as to what was needed and lack of responsibility. If there could be something set up in the government (like a standard rule) re accessing assistive devices* (Woman in Calgary).

The lack of information about trade was closely linked with access to information about services. As one ethno-racial woman in Winnipeg (through a translator) noted, there are unique issues for ethno-racial women with disabilities, including access to information in a language they can understand.

> *There is also insufficient information about the rights of people with disabilities, the Canadian system and services available to ethno-racial people with disabilities and people with disabilities in general which she can understand. There is no place where ethno-racial women with disabilities can go to get information about rights, services, the Canadian system with the exception of SMD's [Society for Manitobans with Disabilities] ethno-cultural program.*

Another woman, in Calgary, noted that it is difficult to get information about assistive technologies that is relevant to her geographical area.

The provision of information re suppliers (could be improved) and why the cost is so high. Information can be found on the Internet, but often based in the U.S. or Eastern Canada.

3. TRADE IN ASSISTIVE DEVICES AND TECHNOLOGY

Assistive technology is "any item, piece of equipment, or product system whether acquired commercially off the shelf, modified or customized, that is used to increase, maintain, or improve functional capabilities of individuals with disabilities."[3] In the 2001 Participation and Activity Limitation Survey undertaken by Statistics Canada, assistive aids or devices were defined as "specialized aids or devices used or needed by persons with activity limitations to help them perform daily activities or tasks" (Statistics Canada 2003: 5). Many women with disabilities use assistive devices and technology in their personal, educational, work, recreational and social lives.

Assistive technology can help women with disabilities increase their independence, build self-confidence and self-esteem, improve their quality of life, and break down barriers, while providing the tools for possible employment and educational opportunities. New technologies also allow women who previously required hospital or nursing home care to be cared for at home. For example, with oxygen available now in many long-term care facilities or at home, more women with disabilities who require oxygen can live in the community rather than in hospital (Shapiro 1997). The basic commercially available equipment, however, is often not enough. Adaptive computer technologies such as braille printers, portable note-taking devices, and screen reading software are examples of products that are not always accessible to women with disabilities and certainly not always affordable (Barile 2001).

With some advances to technology, what began as technology for people with disabilities has become commonplace. For example, voice input software was created for people with physical impairments, but software like Dragon NaturallySpeaking is now used by many people who prefer to input their data with their voice rather than their fingers. Increased access may bring down the prices on this type of software, but it can also create confusion about what assistive technology is.

What We Know about Patterns in Trade in Assistive Devices

Trade data illustrate some of the complexities of addressing assistive devices and technologies. Only a few specific devices are included in commodity classifications and these are all included under medical technology (see Table 1). These commodity classifications are established by Statistics Canada in consultation with the Department of Foreign Affairs and International Trade (DFAIT). The Advisory Committee to the Minister of Industry on Assistive Technology has been investigating the possibility of a new set of codes for assistive technology, de-linked from the medical system. Existing codes (including their current trade status) are as follows.

- Wheelchairs (commodity code HS 8713) includes both "mechanically-propelled" and non-motorized varieties. These products were generally subject to an import duty of 9.2 percent prior to the implementation of the FTA in 1989, and the duty was to be gradually phased out over a 10-year period by 1999. The WTO agreement extends similar duty-free treatment to other countries.

- Mechano-therapy appliances (HS 9019-20) refers to a wide range of products, but the most important quantitatively is artificial respiratory equipment. This latter item was subject to an import tariff of 4.8 percent which, under both the FTA and WTO agreement, was to be phased out over 10 years by 1999.

- Orthopaedic appliances (HS 9021) includes commodities ranging from artificial joints and prostheses to hearing aids and pacemakers. Import tariffs varied, but were generally in the range of 9 to 10 percent, to be phased out over 10 years by 1999.

Since these appliances are recognized as assistive devices, they have been addressed in trade agreements. Yet many devices and technologies that women with disabilities require for their daily life are not included in these categories and have not been dealt with in trade agreements. Those that are recognized in the classification code reflect the medical assumptions about disability or illustrate successful lobbying for inclusion. We discuss this in a later section.

Of the devices that are currently included in trade data, we can see several patterns over the past decade.[4] The export of wheelchairs was very small at the beginning of the period (under $10 million), grew to over $35 million by 1997, and then fell to under $20 million by the end of the period (Figure 1a). Imports, in contrast, increased steadily after 1997, rising from roughly $20 million to $50 million (Figure 1b). Almost all of Canada's trade in wheelchairs is with the United States.

Figure 1a:
Exports of Wheelchairs

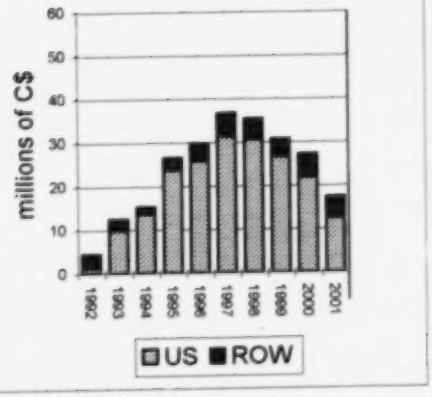
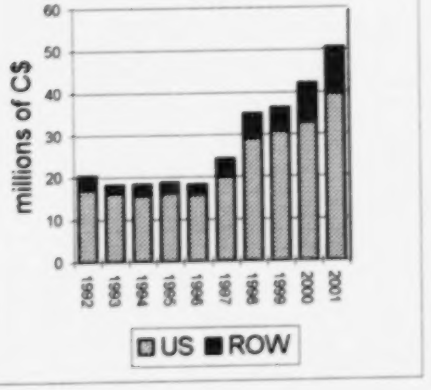


Figure 1b:
Imports of Wheelchairs



The exports of mechano-therapy appliances increased from under $10 million to over $30 million during the decade (Figure 2a), while imports increased some sixfold, from roughly $10 million to nearly $70 million (Figure 2b). Surprisingly, it is trade with the rest of the world (ROW) that accounts for most of the increase.

Figure 2a:
Exports of Mechano-Therapy

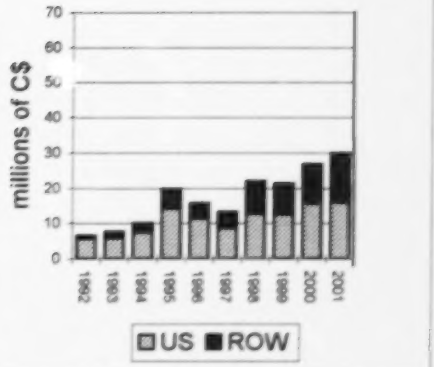
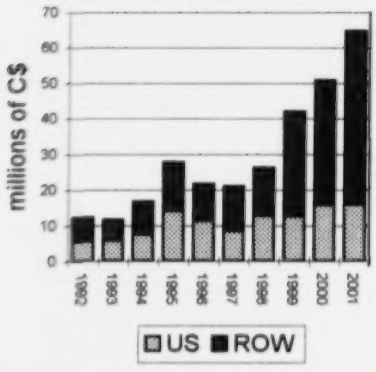


Figure 2b:
Imports of Mechano-Therapy



The value of trade in orthopaedic appliances was much larger, with exports rising modestly to over $100 million (Figure 3a) and imports roughly doubling to $500 million (Figure 3b). Most exports are to the ROW, while imports are largely from the United States.

Figure 3a:
Exports of Orthopaedic Appliances

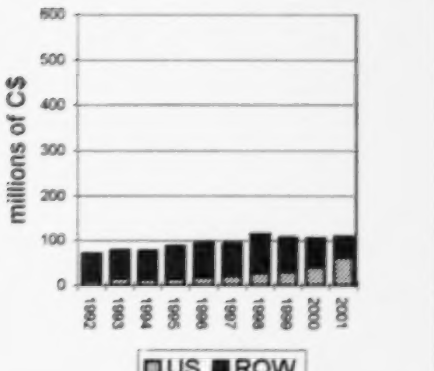
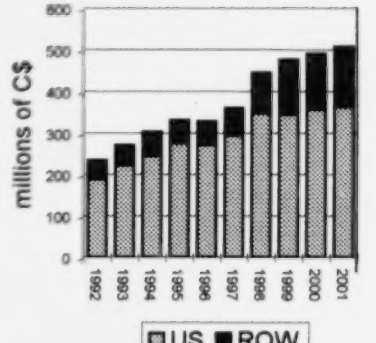
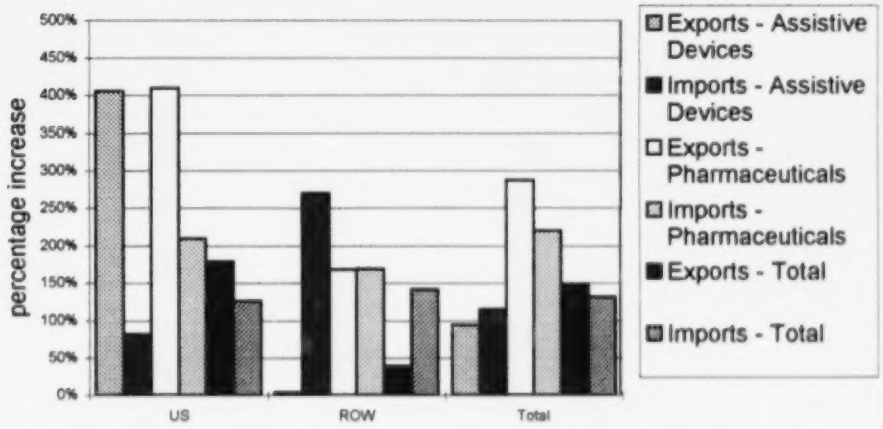


Figure 3b:
Imports of Orthopaedic Appliances



Taken together, the most obvious trend in recent trade in assistive devices is the significant increase in imports and fairly constant exports (Figure 4). As a result of this trade imbalance, Canada's trade deficit (or the excess of imports over exports) in assistive devices increased from roughly $150 million to over $470 million.

Figure 4:
Percentage Increase in Trade



There is no information about prices on these assistive devices. While rising imports may suggest the possibility of lowered prices, we cannot draw any conclusions without the relevant information. The vendors we interviewed who sell assistive technology and computer hardware for persons with visual impairments suggest that there has been no change in prices as a result of trade liberalization.

The same patterns hold true when we look at the industries associated with assistive devices. While assistive devices are produced by a variety of different industries, the most closely associated industry is Medical Equipment and Supplies Manufacturing (North American Industry Classification also known as NAIC 339110). The value of Canada's exports was relatively small in 1992 ($261 million) and doubled to $521 million by 2001 (Figure 5a). The increase was due almost exclusively to shipments to the United States. The value of Canada's imports rose rapidly from $1.3 billion to nearly $3.0 billion (Figure 5b). Imports from both the United States and the rest of the world grew significantly; however, imports from the ROW increased the fastest in percentage terms.

Figure 5a:
Exports of Medical Equipment

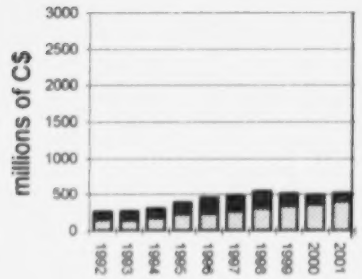
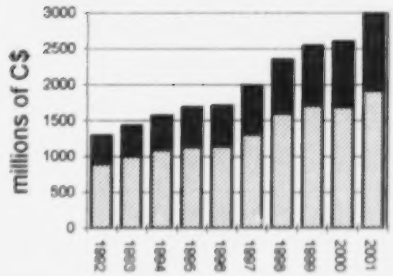


Figure 5b:
Imports of Medical Equipment



The expansion in trade can be placed in perspective by considering the size of the Canadian market and the relative importance of imports. Domestic consumption grew from $1.8 billion to $3.5 billion (Figure 5c), or at roughly the same rate as imports, such that the share of the market captured by imports remained largely unchanged. The important observation, however, is that imports account for approximately 70 percent of the Canadian market (Figure 5d), and this rate has remained relatively stable since 1996.

Figure 5c:
Domestic Consumption, Medical Equip/Supplies

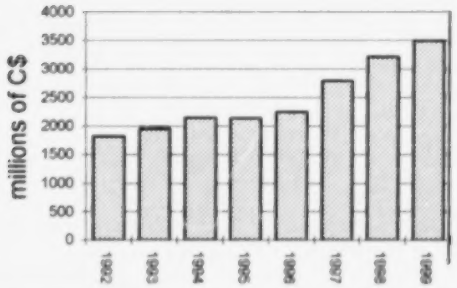
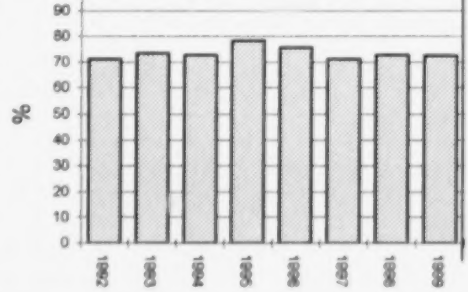


Figure 5d:
Import Share, Medical Equip/Supplies



The high reliance on imports and limited exports suggests a relatively inefficient domestic industry. The Canadian industry is dominated by a large number of small firms: in 1999, there were some 800 establishments employing 2,275 people in the medical equipment and supplies manufacturing industry (Industry Canada nd). Larger American and European firms appear to enjoy a significant competitive advantage over their Canadian counterparts. This may be due to progressive legislative measures, such as the *Americans with Disabilities Act* (1990), that have allowed American firms to develop the expertise and innovative capacity that cede to them a "first" mover advantage. Without similar government support for the Canadian industry,

domestic firms are likely to continue to lag behind their international competitors in terms of innovation and product development.

Assistive Devices and Women with Disabilities

In the focus groups and interviews we conducted with women with disabilities in Toronto, Halifax, Calgary, Winnipeg and Vancouver Island, several key issues were raised again and again. Most importantly, there was a significant disparity among women with disabilities in their ability to access assistive devices and technology depending on where they lived and their province's policy about providing assistive devices.[5] For many, provincial policies create the biggest barriers that women face in terms of accessing adaptive technology or aids to daily living. As one participant in Winnipeg noted:

> *I find with assistive devices the issues are not so much the trade issues but rather policies that exist in our own provinces.*

A researcher in Toronto suggested the same obstacles.

> *International free trade agreements are not the problem. The barriers relate to the inter-provincial policies and trade between provinces and the fact that each province has different policies with respect to accessing assistive devices. Most of the assessments for devices are carried out within a medical model framework, which involves assessments by physicians, therapists, social workers, etc. to verify what consumers need. This can be more costly than simply providing subsidies to consumers to enable them to purchase the devices.*

For women who either do not fit under the provincial programs, or who live in provinces where there are no programs, they must rely on private insurance coverage, or their own incomes, which in most cases are inadequate to buy the devices they require.

Government Assistive Devices or Other Programs

Across Canada, each province has a different approach to providing assistive technologies (see Table 10). Many provinces and territories have no assistive device programs, or a series of scattered programs related to particular aids.

Alberta, Ontario, Saskatchewan, Quebec and Prince Edward Island have specific programs which cover a variety of assistive devices. Ontario's Assistive Devices Program is the most comprehensive. It covers everyone in the province, although it only covers 75 percent of the total costs and requires that you go through authorized agents to obtain equipment. Alberta's program also covers everyone who has a chronic disability, but has a more limited number of devices covered by the program. Prince Edward Island's program is the most recent, is individualized and requires a contribution by the person with disabilities or the family to the cost of the device.

Yet, even in provinces where there are assistive devices programs, women with disabilities continued to face barriers. Because of the range and diversity of programs across Canada and the considerable disparity in the availability of appropriate access to assistive technology.

Many women are unaware of the available government programs. This is especially true for ethno-racial women with disabilities whose first language is neither French nor English.

> *Everything I need to know about the system I usually know after doing it once. I paid for my own crutches for a long time, because I didn't know about ADP [Assistive Devices Program]. Then somebody told me* (Ethno-racial woman with disabilities in Toronto).

Most government programs require some kind of assessment of the needs of the person with disabilities by a medical professional. As one ethno-racial woman in Toronto suggested, this can be time consuming and include additional expenses.

> *In order to get my devices, I had to apply for the Assistive Devices Program for my manual wheelchair and my scooter. I knew about the program, as I got my crutches through them. Dealing with the program is getting more and more difficult. I learned that you have to get this assessment done. Someone other than your doctor has to come and check you in your own environment. They have to be certified to do that kind of work and they have to decide what you need. This is fine but there is the time scheduled with that person and then they charge you money for that ($100 or something). Then you have to wait for the results. The person doing the assessment takes the papers and submits them to ADP themselves. Then you just have to wait to see what happens.*

Some of the devices women with disabilities feel they require are not considered eligible under a government program. One participant in Halifax described her situation.

> *Social Services are awfully, awfully hard to, I find it hard for myself to assert myself and I have to have these items and however I have to kiss their feet to get any kind of service with them especially filters and all the rest of it.*

Another woman in Winnipeg illustrated how assistive devices to one person may not be considered eligible under government programs.

> *I also needed a medical device but not for medical reasons. I cannot allow my hip to fall below a 90 degree angle when I am sitting. I had to raise up my chair in the living room and my bed. I had to purchase concrete blocks, which I had to pay for. They cost less than $25, which wasn't a big problem, but it was the argument that they wouldn't cover it.*

Government programs also work with approved vendors for specific equipment. This may mean a limited selection of possible devices. In Manitoba, wheelchairs are provided for people with mobility impairments, but most of the wheelchairs provided are made by Everest-Jennings. One Manitoba participant spoke of the limitations.

> *When I first went into my manual wheelchair, I had fallen a lot in my life and my shoulders were pretty bad, so pushing myself in a manual wheelchair was pretty difficult for me. I specifically requested a lighter wheelchair; they said*

> *they would give me one, and it's just as heavy as the one that they gave me initially. I mean it's really heavy, and I also don't have a van, I can't afford a van, and so lifting it in and out of the car for my husband is a really big problem.... And then you end up with SMD [Society for Manitobans with Disabilities], who won't provide a walker, they don't provide walkers, only provide an Everest-Jennings wheelchair, which is like carrying, it's heavy. Can't have an electric wheelchair, if you've got a manual.*

Government programs may also provide a generic device, rather than one uniquely adapted to the person's needs. One ethno-racial woman with disabilities in Winnipeg described, through a translator, her situation.

> *The cost of the braces and the corset is covered by Social Assistance, but there is a lack of choice in the types of braces and corsets she can buy. There are not many types available and those which Social Assistance will cover are not very durable. The corset is too big for her, and there is no other choice available. The vendor was asked if he would make a corset which would fit better, but he could not do this within the limitations of what Social Assistance would cover. Even if he could make something more suitable, [the participant] is not allowed to return the corset which doesn't fit her, and she can't afford to buy two corsets. Wearing something too big for her causes pain and makes moving around more difficult. Part of this may be a limitation on the types of products that Social Assistance will cover and the other part that the vendor buys a limited number of corsets, for example, because he buys in bulk. This is a cheaper option. The consumer didn't know whether the vendor buys a limited number of corsets because it is cheaper to do this, but this could be a factor in explaining the limited choice.*

The officials we interviewed who were responsible for provincial assistive devices programs were, for the most part, unaware of the impact of international trade agreements on the ability of people with disabilities to access assistive devices. They indicated that, wherever possible, they tried to obtain devices and technology in Canada. In situations where this was not possible, products were purchased from the United States. The majority of the devices were exempt from duty with the exception of things such as wheelchair parts like batteries. This was because the general population could use these items. Most respondents noted they maintained the services of brokers to facilitate the process of bringing equipment into Canada. One criteria of the Ontario's Assistive Devices Program was that devices and assistive technology were purchased from authorized suppliers in this country.

Private Insurance Coverage of Assistive Devices

For those women with disabilities who have private health coverage, either through their employer, their spouse or because they have the resources to pay the costs, they may be able to obtain some of their assistive devices through this plan. One ethno-racial woman in Toronto illustrated how she used both the government Assistive Devices Plan and her private plan to meet her needs.

I got my scooter from the Assistive Devices Program (ADP) and my wheelchair through my drug plan, because you can only get one thing through ADP. I had to pay the difference for my scooter, because ADP pays only 75 percent. I had to pay the rest. The scooter was $4,000 so the amount I had to pay wasn't that much. My plan paid 85 percent for the manual wheelchair and I had to pay 15 percent. There was quite a lot of money I had to pay. I didn't have a choice. In order to keep up with my lifestyle — my job, my health and all that, I had to have those things.

Buying Assistive Devices

Most of the women we spoke with, however, had to rely on their own income to purchase their assistive devices. Most often, they were constrained by not having sufficient income to get the devices they required. But other barriers, some trade-related, also shaped their choices in assistive devices.

For many, there was little selection in Canada; what was available was very expensive, and there was little competition between suppliers. As a result, many women with disabilities feel their only recourse is to buy their assistive devices from the United States. One deaf-blind participant from Winnipeg gave a specific example.

We have one choice of a vibration device for hearing the door or the phone. I went to a conference in the United States and they recommended one that is not available in Canada. There is a vibration device, which assists people with diabetes, and the vibration is less on it. It is not available in Canada. I have tried to get someone in Winnipeg to supply it but no one will. Across Canada, the Alert Master is approved for use, but, in the United States, they say the Silent Call is better.

Another participant in the deaf focus group in Winnipeg suggested the challenges of buying your own assistive devices.

When you order devices, they are terribly expensive. Many seniors are not able to afford those kinds of devices. Then if you have to add on things to the devices to make them work, then the price goes up even there. Canada needs to look at setting something up so that the devices are accessible here rather than ordering them Stateside.

For some women with disabilities, trade agreements with the United States are perceived to be the obstacle to obtaining the least expensive assistive device, even though these agreements do not impose duty on goods coming from other countries.

We should be able to purchase the braille printers from other countries. (They are also manufactured in Germany.) When there is competition, things are cheaper. Because we are stuck getting stuff from the U.S., we have to pay so much more. There is a lack of choice. If you go to the CNIB [Canadian National Institute for the Blind], everything is from the States. Since I have travelled, I know you can get these things cheaper in other countries. If I

> *wanted to buy something from the Royal National Institute for the Blind in England, I could get it cheaper myself if I ordered it on the Internet. Because there is a trade agreement with the U.S., we have to pay 100 percent duty on things coming from other countries* (Ethno-racial woman with disabilities from Toronto).

Trade policies together with the underdeveloped Canadian assistive devices industry will continue to make it difficult for women with disabilities to get affordable assistive devices. The Government of Australia recognized a similar problem in its own industry in a 1990 report outlining its recommendations for the most effective mechanism for the provision of assistive devices for people with disabilities. The Industry Commission's primary recommendation was that by reducing government involvement, the quality and range of goods and services could be improved, waiting times reduced, and their costs to the consumer would decrease (Industry Commission of Australia 1990).[6]

In buying assistive devices from the United States, women with disabilities find several complications that have not been addressed in our trade agreements. As a woman from Winnipeg described, prices escalate when you have to pay duty, brokerage fees and customs charges.

> *There is a much greater range of choice in the States than we can access here in Canada or that any of the places here will carry. You have to pay brokerage, duty and tax, even if it's a prescribed item. So something that would cost like $40 in the United States, which is still more Canadian, but I mean by the time you actually get it up here, and especially if you try to order it as an individual, by the time you get it, it's nearly $100.*

A woman from Toronto confirmed this statement.

> *You can get anything, if you purchase through American [the United States], like there's a broader range of things available, but if they're U.S. based products, you can't get any funding or support for the purchase of them, so the cost is usually prohibitive, although it may be more available.*

Another woman from Winnipeg suggested, contrary to the trade data described earlier:

> *There's duty on assistive devices, there should just be a waiver of duty, because there are countries that have waiver of duty that would be a basic free trade thing.*

A woman in Calgary described her solution to getting assistive devices from the United States.

> *My dad purchased most of it because funding is so hard to get. I went to an interview to get some special things, but it hasn't come through yet — it's a computer for my college classes. My dad is faster at getting me stuff. It is more expensive to just buy it and it is not the same quality as the USA. Software, for example, one program may be from the U.S. and one from*

> *Canada. The U.S. software can do better, and the Canadian software is junk...well some, not all.*

Women with disabilities have also had some unique challenges when they buy their assistive devices from the United States. One participant in the deaf focus group in Winnipeg outlined her concerns.

> *I am scared to order a TTY [teletypewriter] from the United States, because if something goes wrong with it, I have to pay postage to send to the U.S.A., even if it is on warranty. I have no choice, so I must buy a TTY in Canada, which is very expensive. I want Canada and the United States to charge equal prices for all devices.*

Another deaf woman in Winnipeg suggested that differing standards are getting in the way of her access to goods.

> *The assistive devices selling in the U.S. need to be approved in Canada, as they are not Canadian Standards Association (CSA) approved. Most of the time, we have to pay brokerage fees to check whether the devices have been CSA approved. This is a waste of time. When we order from the United States, it takes two weeks or more to arrive because of brokerage fees and custom duties.*

Trade in Assistive Devices and Policy Recommendations

The access women with disabilities have to assistive devices is directly related to trade policies. The linking of assistive devices with medical devices, the lack of a separate classification for assistive technology, the lack of a link between the women with disabilities and the assistive devices they require, and the lack of information about duty, brokerage fees and taxes in relation to assistive devices all impede access to assistive devices for women with disabilities.

Assistive devices and technology are classified for trade purposes as medical technology. This has a dual effect of contributing to the medicalization of disability and putting individuals with disabilities who must access this technology in the same category as hospitals, institutions and clinics that purchase medical technology. It can be much more difficult for individuals than for institutions to access this technology. Lumping medical and assistive devices together in one classification also has the effect of making unclear, for both the user and brokers that manage the trade interactions, which devices have duty applied. Under the trade agreements, assistive devices do not have duty applied, but some medical devices and technologies do have duty applied.

One solution to this confusion is to create a separate classification category for assistive devices and technology. This would eliminate the assumption that all devices that can assist people with disabilities are necessarily medical. It would also allow flexibility in what assistive technology can look like, and recognize that different technology may have different functions. A separate category also ensures that all assistive technology will

have no duty applied, rather than making ad hoc cases about specific technologies as is currently the case.

When we recognize that assistive technology is different from medical technology, we also recognize that what is defined as assistive technology is shaped by the end user of that technology. For example, voice recognition software can be used as office technology by a doctor, in which case it is not assistive technology. When, however it is used by a person with quadriplegia it is assistive technology. To manage this individualized recognition of assistive technology, a registry of people with assistive technology needs, drawn from those who claim the disability tax credit, can be maintained by the Canada Customs and Revenue Agency (CCRA). Given that the CCRA currently responds on an ad hoc basis to assistive technology claims, this approach would reduce and rationalize the system. It would also ensure better access in terms of reduced duty, clearer information about what is assistive technology, and the inclusion of aids and devices needed by people with disabilities that have not been included under the existing classification codes.

These barriers can then limit the capacity of women with disabilities to participate fully in Canadian society.

As one ethno-racial woman in Toronto put it:

> *If it costs more to get devices, such as crutches, wheelchairs, or whatever, because of free trade, then someone had better be watching. At the end of the day, if I can't afford to get a wheelchair, I am not going to be able to work. That means I am going to be home and a burden on the system only because of barriers put there by the system.*

Women with disabilities consistently said they were the best ones to decide which devices they needed, whether that was in the context of government programs, private programs or spending their own money.

Two women in Winnipeg outlined their perspectives.

> *I think that policy has to be developed that allows women with disabilities to determine for themselves what's best for them.*

> *I think it's important that policy be developed so that women with disabilities feel that they have control over what their choices are in terms of getting their assistive devices, getting whatever it is they need to accommodate their disability.*

From our data, some specific trade policy recommendations can be made. Many other recommendations came forward that are not listed here, because they addressed areas other than trade.

1. All assistive technology and devices for people with disabilities should be exempt from duty, brokerage fees and tax.

2. The Canada Customs and Revenue Agency (CCRA) should create a registry of people who receive the disability tax credit and use that to approve duty-free status related to each person with disabilities.

3. Separate commodity classification codes for assistive technology should be created by Statistics Canada following significant, participatory discussions with the self-representational disability community.

4. There needs to be a greater harmonization of standards between the United States and Canada so assistive technology bought in one place can be used in the other.

5. The CCRA should create an accessible, user-friendly Web site and fact sheets on importing assistive technology and aids and people with disabilities.

6. The CCRA and the Canadian Society for Customs Brokers should provide information about the role of brokers in importing assistive devices and technology, the costs associated with importation and the possibilities for getting the brokerage fee returned if the devices are exempt from duty.

7. The federal, provincial and territorial governments should co-ordinate a Canada-wide information system on aids and devices, which is accessible and understandable by the general public, policy makers, program personnel, etc.

8. Mechanisms should be put in place to enable parents and individuals with disabilities to reclaim the Goods and Services Tax (GST) charged on products for persons with disabilities coming into Canada from the United States. Currently, professionals can reclaim the GST on these types of items while parents and consumers are unable to do so.

9. Incentives to strengthen Canadian assistive technology industries should be developed.

4. TRADE IN HEALTH PRODUCTS AND SERVICES

Women with disabilities are significant consumers of health products and health services and, as such, have some significant buying power. While no specific statistics illustrate the extent of their use, several studies describe people with disabilities as high-end users of health services (Batavia and DeJong 2001; DeJong 1997). Based on the National Population Health Survey, McColl and Shortt (2002) determined that adults between 35 and 64 with chronic illnesses and disabilities are the most intensive users of health services in Canada. In addition, the Canadian Community Health Survey indicates that 24 percent of adults with disabilities said that in the previous 12 months they did not receive all the health care they needed (HRDC 2002). In comparison, only 10 percent of adults without disabilities said they did not receive the care they needed. There are not yet any statistics about pharmaceutical usage among women with disabilities, but we can project that with their use of health services, it is likely they are also high users of pharmaceuticals. From all angles, women and men with disabilities rely extensively on the health care system. As a result, trade in health products and services will have a direct impact on their lives and health.

In this section, we consider two aspects of trade in health products and services: trade in pharmaceuticals and trade in health care services.

Patterns in Trade of Pharmaceuticals

With the free trade agreements with the United States and the World Trade Organization, there has been a gradual elimination of duty on pharmaceuticals imported into Canada. With this, we would expect a decrease in drug prices in Canada. Yet, this has not happened. While there has been an astronomical increase in the trade in pharmaceuticals over the past decade (figures 6a and 6b), there has been no significant decrease in price. In fact, over the past decade there has been a steady increase in the spending on all drugs.

Figure 6a:
Exports of Pharamaceuticals

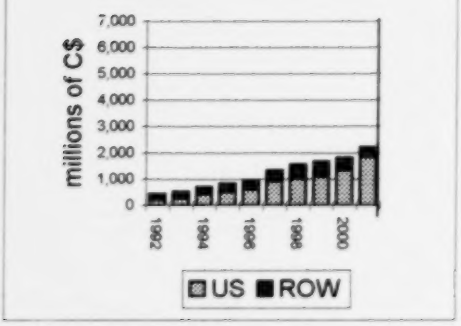
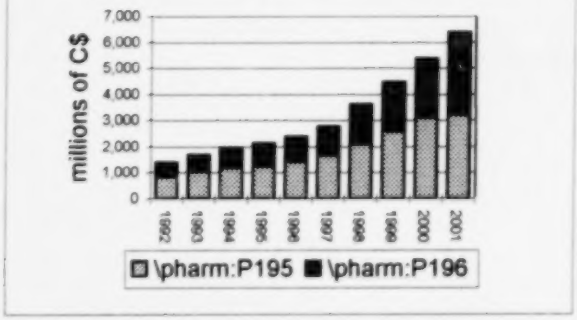


Figure 6b:
Imports of Pharmaceuticals



The revisions to Canada's policy on patented medicine account for the rapid expansion in trade. In response to escalating drug prices, in 1969 the Canadian government adopted a policy that allowed drug companies to produce a "generic" version of a patented medicine.

While this approach was widely deemed to be successful in lowering drug costs in Canada, it was reversed in 1987 under pressure to satisfy terms of the FTA and GATT, which dictated more stringent protection of intellectual property rights. Drug patent holders were given seven to ten years of protection from competition from generic copies and, in 1993, the monopoly period was extended to up to 20 years. Protection from competition from generics was justified on the grounds that the monopoly profits would be an incentive for greater innovation and foster more research and development in Canada. The potential costs, on the other hand, were to be ameliorated by the establishment of the Patented Medicine Prices Review Board (PMPRB), empowered to ensure that prices were not "excessive" (Jones et al. 2001: 948–949).

Created in 1987, the PMRB is an independent, federal, quasi-judicial board that establishes and enforces guidelines that determine the maximum prices at which manufacturers can sell brand name drugs (PMPRB 2000). Under these guidelines, the introductory prices of "breakthrough" drugs must not exceed the median of the prices of the drugs in other industrialized countries. The Canadian pricing system results in brand name drugs that are an average of 38 percent lower than prices in the United States (PMPRB 2000). While increased patent protection may have harmed domestic firms, price regulations under the PMPRB were designed to ensure the consumer was not faced with higher drug costs.

Some have argued that trade agreements did not require that Canada dismantle its compulsory licensing policies, which led to increased drug prices. Rather, these analysts suggest the government made changes to the *Patent Act*, including through Bill C-91, and did not include them in the trade agreements. In contrast, others argue that changes to the *Patent Act* in Bill C-91 were introduced while the preparations for the Uruguay round of GATT talks were underway.

> At the time, the federal government specifically used this and the Canada–US Free Trade Agreement as the primary justification for eliminating compulsory licensing for generic drugs. It was claimed that Canada's patent legislation had to be brought into line with 'new international obligations' for the treatment of intellectual property rights (CLC 1997).

The government suggested the changes to the *Patent Act* in Bill C-91 were deemed necessary to comply with the intellectual property rights provisions in NAFTA.

> In 1991, as part of the GATT negotiations, the "Dunkel Text" was released. The direction of international policy for the protection of intellectual property was clear to the government of the day. The movement was towards 20-year patents based on patent-filing dates, and discrimination based on the field of technology was not allowed. Drugs could not be subject to exceptional provisions (CLC 1997).

The Romanow Commission recommended in its 2002 report:

> The federal government should immediately review the pharmaceutical industry practices related to patent protection, specifically, the practices of

> *evergreening* and the notice of compliance regulations. This review should ensure that there is an appropriate balance between the protection of intellectual property and the need to contain costs and provide Canadians with improved access to non-patented prescription drugs (Romanow 2002: 208).

Since most new patented drugs were produced outside Canada, and a large share of generic drugs produced in Canada, the extension of longer patent protection resulted in a sharp increase in imports and little growth in the domestic industry (figures 7a–7d).

Figure 7a:
Exports, Pharmaceutical Industry

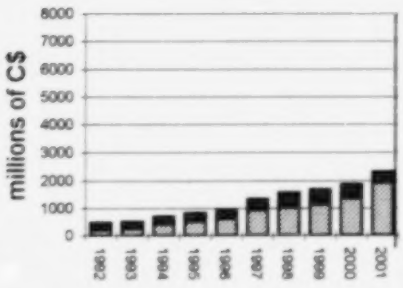


Figure 7b:
Imports, Pharmaceutical Industry

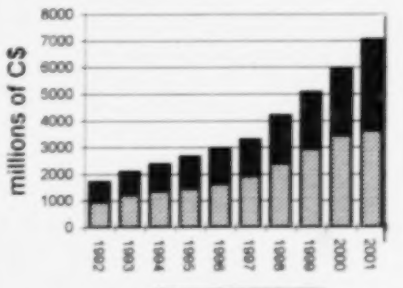


Figure 7c:
Domestic Consumption,
Pharmceuticals

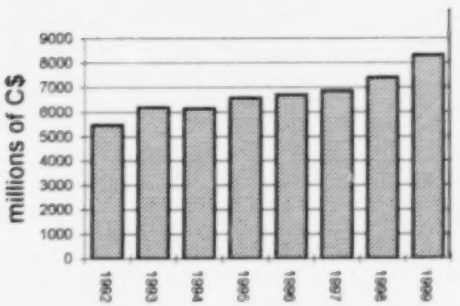
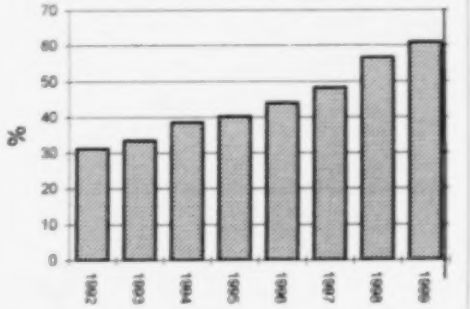


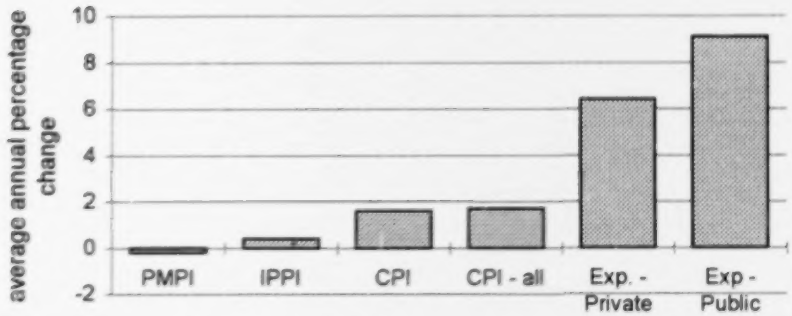
Figure 7d:
Import Share, Pharmaceuticals



Drug prices in Canada — whether measured in terms of new patented medicines, the average price on all domestically produced drugs at the factory level, or the average price for all drugs paid by consumers — remained remarkably stable over the past decade, generally growing at a slower rate than the average price of all goods and services in Canada.

Figure 8 and Appendix tables 7 and 8 summarize the annual rate of increase in drug prices and the rate of increase in expenditures on drugs over the period 1992–2001. The price of drugs can be measured according to three different indices: the Patented Medicine Price Index (PMPI), the Industrial Product Price Index (IPPI, or the cost of domestically produced drugs as they leave the factory gate), the Consumer Price Index (CPI-P) for pharmaceuticals, and the overall Consumer Price Index (CPI) for all goods and services. The apparent stability in prices, however, contrasts sharply with evidence of rising expenditures on drugs.

Figure 8:
Change in Drug Prices and Expenditures



There has been a marked increase in the spending on drugs. As Figure 8 illustrates, expenditures by both private consumers and public health care plans increased at an alarming rate over the decade. On a per capita basis, expenditures by consumers rose from $182 to $306 annually, while public spending more than doubled from $91 to $195 per year. In both cases, there was a significant increase in the percentage of total health care spending on drugs.

This is evidence of a dramatic shift in the *composition* of drug consumption, in favour of newer patented medicine and away from older patented drugs and generics. As Green Shield Canada (1998), a private insurer, first pointed out, much of this change in the composition of drug consumption occurred through the practice of physicians substituting newer, more expensive drugs for older, less costly ones and the average cost of a prescription rose as a result.

In short, the promised benefit to consumers of lower prices through the elimination of tariff barriers has not materialized. To the contrary, extended patent protection on pharmaceuticals, produced largely outside Canada, has resulted in a dramatic increase in the cost of medicine to Canadians, through both their own private consumption and the costs imposed on provincial health insurance plans.

Patterns in Trade of Health Services

In both NAFTA (chapters 11 and 12) and the WTO's GATS, Canada accepted several specific obligations concerning international trade and investment in services. In addition,

the current negotiations in the Doha round of the WTO and in the FTAA are largely concerned with expanding the scope of trade in services, including such areas as health care and education.

Under these agreements, in return for Canadian businesses gaining greater access to foreign markets, Canada must permit the entry of foreign firms. This brings the commercial interests of foreign companies directly into conflict with many publicly funded social programs, and raises the spectre of the erosion of the government's ability to provide or regulate directly services in education and health care.

The vulnerability of Canada's public health system has received the greatest attention in this regard. Johnson (2002: 29) noted that the current "core" of Canada's health care system — services currently covered by provincial health insurance plans — is shielded in Annex 1 of NAFTA, which exempts them from specific commitments regarding market access to foreign firms. He adds, however, that Annex 1 represents a "one-way street": the government's ability to expand into areas currently supplied by private producers is impeded, while in the event of an erosion in public coverage, the "national treatment" and "market access" provisions of NAFTA (and GATS) become effective. In other words, if continued financial pressures on provincial governments' ability to maintain an adequate level of health care services results in further reductions in the coverage of provincial health insurance plans and increased privatization of some services, foreign firms must be accorded the same treatment as domestic suppliers in competition to deliver private services. This implies that governments would be unable to discriminate in favour of not-for-profit hospitals and other service providers as opposed to for-profit institutions. As Johnson (2002: vi) warned, "the trade liberalizing agreements present more challenges than opportunities."

These changes represent future threats to Canada's public health care program arising out of trade agreements. The current trade statistics, however, do not illustrate any of these changes, although as figures 9a and 9b suggest, there has been a significant increase in the extent to which Canadians travel to the United States for health-related services. But the trade agreements do illustrate pressure for greater privatization of services, which has, and is, leading to the entry of foreign-owned firms into the health care industry. As provinces close hospital beds, remove various forms of care and medication from public health insurance coverage, and out-source services ranging from food preparation to home care, the "national treatment" and "market access" provisions of NAFTA and GATS commit Canada to allowing foreign firms into the industry. By accelerating the pressure toward a private health care system, trade liberalization intensifies the economic insecurity of the most vulnerable members of society by obliging them to compete in the marketplace for necessary health care services.

Figure 9a:
Exports of Health-Related Travel

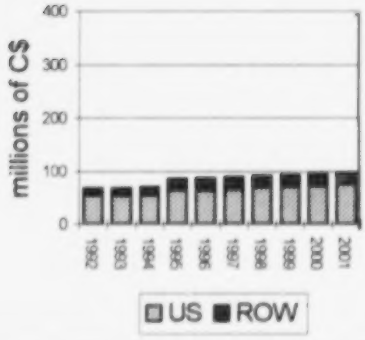
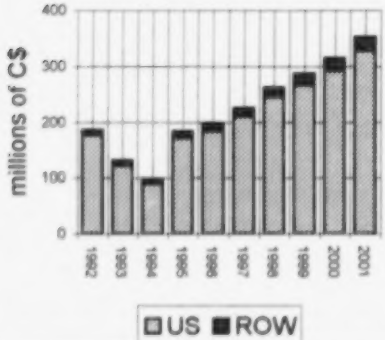


Figure 9b:
Imports of Health-Related Travel



Trade in Health Services and Products, and Women with Disabilities

The women with disabilities who contributed to this study had much to say about the extent to which drug prices affected their lives and some trade issues related to pharmaceuticals. Most, however, had not used private health care services. This in itself reinforces the patterns noted above: that while there is a threat to services under the trade agreements, significant privatization has not yet occurred.

Medications and Women with Disabilities

Costs of drugs and coverage by public health plans were the two most critical issues for the women with whom we talked. For some, like one ethno-racial woman in Toronto, coverage by a provincial health plan dictated which medicine she was able to use.

> *I only use medications that are covered by OHIP [Ontario Health Insurance Plan]. If something that is prescribed is not covered, then I have to change it for an alternate medication that is covered.*

A woman in Halifax noted that Nova Scotia fails to cover her medications completely.

> *With the medication I've tried, there's only one I can use and it's not completely covered by MSI [Medical Services Insurance] and it costs me, there's two medications [which] cost me almost $50 a month out of pocket that they don't cover, and that's big time.*

For an Aboriginal woman in Halifax, some, but not all, of her medications are covered under the federal plan for Aboriginal peoples.

> *I have medications, but I don't know in reference to trade what it means, but they're medications that I need that won't be paid for by Community Services, but I am fortunate enough that I am of Aboriginal descent so I can get some*

> *things through my status, that way. But there are medications that would be helpful that will not be paid for at all.*

There was considerable disparity in costs for medication when women with disabilities were employed rather than on a public income assistance plan. For women with disabilities on provincial social assistance programs, prescription drugs are usually covered. This is not true for those who receive income under the Canada Pension Plan/Disability. Once women with disabilities enter the labour force, they usually lose this coverage and add some considerable expenses to their lives.

> *You may have to be a person who is on social assistance for instance to have any drugs covered at all, whereas if you're a working disabled person and we know this, you are the working poor. How are you going to afford your medications and all the things you need* (Woman in Winnipeg)?

But accepting support for medications from a public program can have its drawbacks. One woman from Halifax suggested that she has to buy older and less effective medicine if she wants to keep her costs covered.

> *I don't use private health care services, because I can't afford it, that's my barrier, but it's certainly available if I had the money. My situation is that I'm working right now and paying my bills and so on, but my medications are paid for by Community Services, and if I earn more than what I would have been budgeted before when I was with Community Services for my rent and food and medication, everything together, if I make more than that I'm going to end up paying for my medication which is $300 a month, whereas if I keep making sort of a low amount of money they'll continue to pay for them, but there have been times when for example, I need medication for cholesterol and I can't get the best medication because, well I could if I wanted to pay for it, so now I'm on an older medication which isn't so good but it is covered, so my choices are somewhat limited that way.*

As a result of this disparity, many women with disabilities feel they have little choice but to remain out of the labour force to ensure their medication costs are covered.

One woman with disabilities from Winnipeg suggested that the changes to patent laws linked to the trade agreements make her situation much more difficult.

> *Because I'm working, again it's the working poor thing, because I'm working I don't have access to free drugs or whatever. Some of the newer [drugs] that have less side effects are more expensive than the ones that they used to use or that are older. And again there's the patent laws and so they might not even be covered, there are quite specific drugs at least in my experience that I need that are related specifically to my disability and they are very very expensive and often not covered, and I just have to give it up.... I substitute with a less-effective medication perhaps, or not at all and try to cope, go*

> *without for a week because I can't afford it this week, because the medications cost $200 for a month and that affects my day-to-day life.*

Trade affects not only price, but also perceived access to appropriate drugs for some women with disabilities. For one woman in Winnipeg, to get what she needed, she had to go across the border.

> *I would wish that with our trade agreements that there could be sort of a better flow of drugs that are accepted in Canada, and I'll give you an example. With my disability...I get migraines, lots of migraines. There's a drug I can buy over the counter in the U.S. and it's just fabulous, because if I didn't have that there's many, many days I wouldn't be able to work, like every second day of my life. So I have to go down to the U.S., and then I can buy the biggest bottle I can get.*

For another in Halifax, getting it from the United States posed problems, but she wasn't sure of the trade obstacles.

> *There is a medicine that I need to have that's available in the States but not in Canada. You can't buy it in Canada, you can go to the States and buy an amount for your personal use and bring it back, but you're not allowed to order it by mail, something about customs.*

Access to appropriate medications for women with disabilities includes not only access in terms of costs, but also availability of appropriate medications within the Canadian health system or at minimum, across the U.S. border. As the woman from Winnipeg illustrates, there are different drug approval processes in Canada and the United States. This means that some medications may be available in one country but not in the other. Some may argue that this is not a trade policy issue. Yet as the women point out, if our trade policies recognized and reflected the disparities in access for women and men with disabilities, they would have to also address the disparities in the drug approval processes.

Health Services Privatization and Women with Disabilities

Most of the women with disabilities we talked with had not had any experience with the privatization of health services. But, as one woman in Winnipeg noted, this doesn't mean they do not see it coming as a result of the trade agreements.

> *My understanding about the issue is that there has been pressure from medical companies in the States to move into Canada, and they've been saying that since we have free trade they should be able to just move in here and that's unfair trade practice.*

Nor does it mean they agree with the privatization or potential privatization of health care, as one ethno-racial woman from Toronto says.

> *I have never used private health care, thank God. If we pay for health care through our taxes, why do we have to go with private health care? Something must be going wrong or missing from our process. If you have to use private*

> *health care because you can't use the public system, then there should be limits on how much you pay for it. The government should cover most of the cost. If I need a service that is not available through the public system, what other choices do I have especially in terms of health? It is unfair for me to support public health care and then have to pay extra for private health care, as well. There is something missing there.*

An ethno-racial woman from Toronto argues that the trade policies pursued by the federal government affect the provincial and local government policies, which, in turn, affect her life.

> *The governmental policies with the United States affect the local agencies. It is a cycle. The policy gets made and then it is passed down to the local agencies which pass it on to their clients. One effect triggers everything.*

Many of the women with disabilities also recognized that for them to continue to be a part of society they would need to have consistent health services provided. As one woman in Calgary described, there is some worry that privatization would create further barriers to access to health care.

> *Privatization is setting up a two-tier system and it will be for people who are employed and employer costs.... Can be very limiting that is [in] what is covered, what doctors you can go to. I would rather see the money stay in public health care.*

While privatization of health products and services was not a big issue at this point, the women with disabilities were clear that most of them were not interested in losing their public health care system.

Trade in Health Services and Products, and Policy Recommendations

For women with disabilities, the increased pharmaceutical prices that are related to Canada's entry in international trade agreements, together with the move to increasing privatization of health services, have both had significant impacts.

As significant users of pharmaceuticals, many women with disabilities face enormous monthly costs to cover medications. Many rely on public programs, including provincial social assistance, to cover these costs. But eligibility for these programs, in most provinces, is limited to those who are unable to work. As a result, women with disabilities who face high drug costs must either remain out of the labour force and have the public support for their pharmaceuticals, or go into the work force and become part of the "working poor" — using a high proportion of their income to pay their drug costs. This lack of support for medication costs provides a disincentive to work for many women with disabilities, and reinforces the idea that they cannot be productive members of Canadian society, even though many would choose to work if they had the appropriate supports.

Uncertainty about the status of public health services also has an impact on women with disabilities. For most of the women we spoke with, private health services were not yet a

significant part of their lives, but they worried about what would happen if they began to lose some of the pieces of the health care system that currently provide significant support. The future possibility of privatized health care, coupled with an increased interest by people with disabilities in managing their own care, leaves women with disabilities more vulnerable to market forces in obtaining their care, and may undermine or further reduce public programs.

As a result of these concerns, women with disabilities identified several areas for further policy work.

10. In developing trade policies, DFAIT needs to recognize the lack of access issues created by the disparity in costs in health products between Canada and the United States, and create an appropriate mechanism to address this variation for people with disabilities who require these products.

11. DFAIT should ensure that, within existing and developing trade policies, common accessibility standards (including the provision of interpreters in emergency health care settings) that support existing national legislation are implemented.

12. DFAIT should ensure international trade agreements, both those existing and those still to be implemented, do not disrupt access to publicly funded home care.

13. Companies from the United States selling health care products and assistive devices should be encouraged to set up franchises in Canada to increase the accessibility and affordability of these items to the consumers.

5. ACCESS TO TRADE INFORMATION AND SERVICES FOR WOMEN ENTREPRENEURS WITH DISABILITIES

The economic situation, in addition to personal inclination, of many women with disabilities may lead them to consider entrepreneurship as an option. As Gail Fawcett (1999) illustrated, women with disabilities experience greater poverty rates than women without disabilities or men with or without disabilities. A significant proportion of women and men with disabilities remain out of the paid labour force entirely. Between 1993 and 1994, over half (56.8 percent) of working-age women with a disability remained out of the paid labour force for the entire two-year period, compared to only 15.3 percent of women without disabilities. Women with disabilities typically earn less than either women without disabilities or men with disabilities. Women and men with disabilities are more likely to be the sole providers of family income than women and men without disabilities. Almost one in ten women with disabilities is a single parent (Fawcett 1999). For women and men with disabilities, employment is often reliant on employer attitudes and willingness to accommodate their situations (Bunch and Crawford 1998). This has led an increasing number of women with disabilities to consider self-employment as an option.

More and more women are embarking on the challenges and opportunities of entrepreneurship. In 2000, women entrepreneurs held majority ownership in 15 percent (and some degree of ownership in 45 percent) of Canada's small and medium-sized enterprises (Industry Canada 2003). However, statistics on the number of women with disabilities who are self-employed were virtually non-existent. In a review of the literature (Neufeldt et al. 1999), only one study on women with disabilities and self-employment was uncovered. In May 1996, Employment Action (a non-profit society) undertook research on women entrepreneurs with disabilities for the Women's Enterprise Society of British Columbia. The main objectives of the project were to raise awareness among women with disabilities of generic business supports and services on self-employment as a viable option and to develop strategies to support these entrepreneurs. The study provided no statistics on the number of women with disabilities across Canada or in British Columbia who were self-employed at the time and, to the knowledge of researchers at the Canadian Centre on Disability Studies, no follow-up has been done by the Women's Enterprise Society of British Columbia.

In May 1997, the Network for Entrepreneurs with Disabilities (NEWD) undertook a study of its 171 members to update their information on the barriers experienced by entrepreneurs with disabilities and to make recommendations for overcoming these barriers (NEWD 1998). Of the 61 responses received, 31 percent were women with disabilities. Respondents expressed a desire for independence, understanding and respect, the removal of disincentives to pursuing self-employment, especially on a part time basis, and help to level the playing field with non-disabled entrepreneurs. Recommendations were offered to address these issues.

Entrepreneurship for people with disabilities and for women has been supported by federal and provincial governments and by private sector organizations. For example, Western Economic Diversification funds business loans and training programs to assist entrepreneurs with disabilities living in urban and rural areas of the western provinces to develop and launch their own businesses while the Atlantic Canada Opportunities Agency funds NEWD in Nova

Scotia to offer similar supports. The National Network for Mental Health assists those with mental health disabilities who wish to pursue self-employment, and the Opportunities Fund of Human Resources Development Canada has supported entrepreneurship-related projects. Associations of entrepreneurs with disabilities, such as the Network of Entrepreneurs with Disabilities Manitoba and NEWD, have also formed. Generic resources, such as Canada Business Service Centres and Women's Enterprise Centres, have begun to increase the accessibility of their services to those with disabilities. However, focus group participants noted that the entrepreneurship resources for those with disabilities do not address the specific concerns of women entrepreneurs with disabilities.

Entrepreneurs who are interested in trade can access resources through the Canadian Trade Commissioner Service, which includes a special section on Businesswomen in Trade.[7] Our analysis of this site indicates it does not address issues of specific concern to women with disabilities nor does it indicate that it meets current accessibility guidelines.

Despite these services, the women with disabilities in our study, both those who identified themselves as entrepreneurs and those who did not, expressed a lack of knowledge generally on trade agreements and specific information about the requirements especially around importing (or exporting) assistive technology.

Information about Entrepreneurship

Several women were interested in how they could become entrepreneurs and felt they did not know where to begin or where (or even if) they could get the necessary supports and training.

> *If I were going to set up my own business, I would need devices and computer programs. I want to be able to facilitate that including how to develop and build. The costs are also an issue. I would like to be an entrepreneur, but there are barriers preventing me from doing that* (Deaf woman in Winnipeg).

> *I want to run my own business as a home care worker. I am not sure how to start with that process* (Deaf woman in Winnipeg).

Information about Visas and Insurance

For those women who already identified themselves as entrepreneurs, there were specific issues around working across borders. Some women in Winnipeg worried their disability could be a detriment to getting a visa and insurance to do work in the United States, which raises an issue of whether there is a bias inherent under the trade agreements that limit the mobility of certain segments of the population. This concern is not new or unique. Macdonald (2003, 48) found that "[n]ew trade agreements like NAFTA and the General Agreement on Trade in Services (GATS) also contain provisions on services that allow the migration of certain categories of highly educated, well-paid professionals (usually men) while restricting the movement of other categories of workers". The woman from Winnipeg found this bias to be directly related to her disability.

I know for insurance, for instance, if something happens to me I just cannot be insured anymore, because of [my disability]. ... What I'm concerned about too, is I may decide I want to go to work in the U.S. and getting health insurance, whatever, that could be an issue, I don't know if it's possible [because of my disability]. That is a trade issue as far as people with disabilities crossing the border (Woman entrepreneur in Winnipeg).

One of the things that I'm planning to do is to do both workshops and consultation in the U.S. One of the issues is the kind of visas that you need to go and do that kind of work. Other people I know actually do this and it's a little bit scary, because let's say I was going to do a workshop down there, it's a T1 Visa it's called and you can't get it until you're actually crossing the border. So you book this workshop and it's that day as you're crossing the border that you apply for it and then the person at Immigration at the border gives it to you. So I'm a little bit concerned about that, but other people say oh no, no, no problem, but I just think, whew.

Another participant: *What if they refuse?*

Well, you go back home. Then there would be another kind of visa that you would have to get, like if I was going to go down there for two weeks to do a consultation that would be a kind of a different visa, so I'm in that process of looking into it but its not straightforward. In fact I'm going to have to go to an immigration kind of a lawyer because I don't have my ducks in order. So those are the kind of issues I'm concerned about (Woman entrepreneur in Winnipeg).

What the participant does not make explicit are the problems with this type of visa process for some people with disabilities. For example, if someone had mobility challenges or fatigue, undertaking the process described above could be impossible to do independently.

Information about Customs, Tariffs or Standards

Information about how U.S. and Canadian customs, tariffs or standards worked were also difficult to access for one entrepreneur when she was importing from the United States.

I didn't get enough information about how the customs process worked, how imports and exports worked, etc. when I started my shop. More information could be provided through training courses, perhaps through the ILRC [Independent Living Resource Centre]. SEED Winnipeg did not cover anything to do with exports and imports, permits, etc. When you are shipping goods to some locations, you need special permits. That information should be readily available without having to dig for it. It is also difficult to get information from Canada Customs on the phone, as sometimes you get tied up in their automated phone system. Customs needs to offer a training course offering information about how to do your paperwork correctly, how to streamline things. The course could be done through the Urban Entrepreneurs Program

at ILRC or through Canada Customs. It could also be done through NED [Network of Entrepreneurs with Disabilities]. Anyone going into business needs this type of information. Unless you can find all your suppliers in Canada (which is next to impossible) you need a course like this. You may get better prices from the U.S.

Depending upon the goods you are importing, there are different tariff laws. The laws differ with the situation. It would be difficult to put this kind of information on a Web site, as it is too complicated. I imported goods to put in my product. Customs wanted to know if these goods had passed CSA standards and if they were labelled correctly. There are different duties and tariffs depending upon the products. This stuff is really frustrating.

If Canada Customs were going to establish a Web site, they could provide information on what is required to import and export to different places and a number to call for further information. That might be impossible, because it would take person hours to do. Getting someone on the phone who knows something about these issues is also very important (Woman entrepreneur in Winnipeg).

Another challenge related to customs was the required paperwork. This is especially challenging for people with visual impairments or difficulties using their hands. It could also pose a problem for those with learning disabilities.

Customs can also simplify some of their forms. We need a certificate for Customs which comes with the goods to say they were manufactured in the U.S. If that paper happened to be missing from your shipment, your goods could be tied up in Customs for days until they got the documentation from the United States. Why do Customs need that certificate if the imports are covered under NAFTA unless the goods are coming from another country? Customs should penalize those companies that do not provide certificates or they establish a database of companies that produce goods in the U.S. so the certificate won't be necessary. That is the only way I can see around it (Woman entrepreneur in Winnipeg).

Information about Brokers

Few of the women we spoke with knew anything about the role of brokers in trade and the benefits or drawbacks in using their services. Licensed customs brokers are responsible for collecting the duty for goods imported into Canada. They charge a fee for their services.

One entrepreneur from Winnipeg describes her experiences.

I had no difficulties when it came to importing the products themselves. Part of the agreement was that the company I bought the products from paid for the shipping and the brokerage fees. Brokerage relates to the fact that a company does the paperwork and passes it through customs for you. If you use a broker, and it is not covered by the company shipping the goods to you,

> *then you have to pay a fee yourself. If I used a broker, this formed a financial barrier, particularly when struggling to start a business. If I bypassed the broker and did the customs paperwork myself, I would have to redo it if it was not exactly the way customs wanted it. This was a waste of time.*

Not using a broker, which was, for this woman more financially viable, meant that she had greater barriers as a result of her disability.

> *Then I would have to pick up the shipment from customs myself and, when I asked them to help me carry a box to my car because of my disability, they would say it wasn't in their job description. Customs paperwork is very confusing unless you do it all the time or have someone show you how to do it. If you don't know how to do the paperwork, you are better off to use the broker, which costs more and is a financial barrier. When you are importing thousands of dollars worth of goods, the fee is assessed on a percentage basis. After I factor in the cost of my goods, this makes it harder to compete.*
>
> *To fix the problems around getting through customs, customs should set up a training course on their regulations and how to do their paperwork. The course could be given at ILRC, NED or somewhere else. They could also make an exception for entrepreneurs with disabilities where you could send your paperwork to customs and they allow you to have your shipment couriered to you instead of having to go there yourself, stand in line and perhaps find out that you had not done the paperwork correctly* (Woman entrepreneur in Winnipeg).

People with mobility, visual, learning or hearing disabilities may all face similar challenges without changes to the existing customs systems. They may be unable to access the offices of or get appropriate accommodations like sign language when visiting a broker. Most brokers do not have the resources to make the relevant paperwork available in multiple and alternate formats for people who are print disabled. An alternative as noted in the recommendations is to eliminate brokerage fees for entrepreneurs with disabilities and have those costs taken on by the government.

Access to Trade Information and Services, and Policy Recommendations

Women with disabilities generally knew little about trade and how it affected their lives. More women are interested in becoming entrepreneurs, but feel they need additional supports or training. Some were aware of training that had taken place earlier, but weren't sure if it was still available. Several mentioned networks of entrepreneurs with disabilities in their own region, but none mentioned the Canadian Trade Commissioner Service's Businesswomen in Trade program.

Women entrepreneurs with disabilities felt they had little information about importing and exporting or undertaking work in the United States. They felt that they faced additional barriers as a result of their disabilities. Ethno-racial women had even further challenges associated with obtaining relevant information in a language they understood. As a result,

many women with disabilities failed to see themselves as engaged or able to speak authoritatively about trade issues and the impact on their lives. Even as entrepreneurs, they felt they did not have enough information or appropriate access to be able to engage successfully in international trade.

14. DFAIT should undertake a systematic analysis of all its trade policies using a disability lens to identify the challenges and opportunities for women and men with disabilities.

15. DFAIT and private industry should develop and advertise a Web site about international trade policies and their impact on women and men with disabilities. Information should be available in multiple formats.

16. The CCRA, other federal agencies, non-profit organizations and private industry should provide workshops on customs regulations associated with importing goods and services, and how to complete the necessary paperwork.

17. The CCRA should develop a user-friendly, accessible Web site with relevant customs information for entrepreneurs, including a list of telephone/teletypewriter numbers to call for clarifications or questions.

18. The Canadian Trade Commissioner Service's Businesswomen in Trade section should provide and include in its Web site specific information about access and inclusion issues for women entrepreneurs with disabilities who want to engage in trade.

19. Entrepreneurs with disabilities should create a national network of support and networking, with particular emphasis on recruiting and supporting women entrepreneurs with disabilities.

6. CONCLUSIONS

Trade policies often seem removed from the lives of people in general and, more particularly, the lives of women with disabilities. This research has shown, however, that there is a direct link between trade policies and practices, and the quality of the lives of women with disabilities. Women with disabilities have failed to benefit from the liberalization of trade with the United States over the past decade. Rather, their lives have become more difficult as a result of the liberalization of trade. For some women with disabilities, the changes that have resulted from trade have been ones that affect their survival.

Many women with disabilities rely on public programs for their income and supports. One indirect feature of trade is the reduction in support for public programs. As a result, these women with disabilities have had to bear the direct costs of obtaining assistive technologies, health services and products. Trade has not reduced the costs in these three areas. As a result, women with disabilities have faced additional barriers that prevent them from entering or remaining in the paid labour force. This makes them more reliant on public programs or unable to get the appropriate devices or services.

Trade for women with disabilities, and likely for all people with disabilities, is shaped by inappropriate assumptions about the role of the medical profession in their lives. Assistive devices have been defined exclusively using medical categories, rather than reflecting the usage and experiences of people with disabilities. Medical professionals have become gatekeepers for accessing assistive technologies, even when they have no expertise in the area. Those who are most knowledgeable about their own needs, the consumers, are prevented from obtaining their own devices, unless they are willing and able to incur the related expenses.

Women with disabilities are also disadvantaged by their own lack of knowledge about trade and their confidence in speaking about the impact trade can have on their lives and in effectively using their buying power as consumers. Few Canadians know or feel they can speak confidently on trade, but for women with disabilities, their lack of knowledge can mean they are left with fewer options in an area that greatly affects their lives.

This lack of knowledge about the effects of trade on women with disabilities is reflected in the general literature on trade. As far as we are aware, this is the first study of its kind looking at how women with disabilities, or people with disabilities generally, are affected by trade. As such, it is an initial foray into new research territory.

Much more can and should be written, including studies that reflect more broadly on the situation of all Canadian women and men with disabilities. This means looking at the situation of women in Quebec, a more focussed look on issues for Aboriginal women with disabilities, issues for women at different points in the life cycle, the differences that arise when women have responsibility (especially as sole support parents) for children, and a comparison of the issues for women and men with disabilities. Additional data are needed

to strengthen our understanding of the trade issues that affect women with disabilities, including data by province on privatization of home care services, sample surveys of people with disabilities which document out-of-pocket expenses related to disability; and health outcomes data for women with disabilities across the life cycles. Detailed data tracking linking the data on disability supports available through the Participation and Activity Limitation Survey (PALS) to the source for these aids and devices, and income would be useful.

This study illustrates that trade policy affects the lives of individual Canadians; trade is not simply about the exchange of goods and services. It reminds us to ensure that when we look at trade we need to listen to how trade practices affect people differently. The participants remind those responsible for developing and implementing trade policies in both the public and private sectors, that they need to be involved in these discussions. Their interests have not been represented to date, and they are the ones who live with the ongoing costs of this exclusion.

BIBLIOGRAPHY

Afshar, H. and C. Dennis (Eds.). 1992. *Women and Adjustment Policies in the Third World.* London: Macmillan.

Australia, Disability Task Force. 1991. *Discussion Paper on the Additional Costs Faced by People with Disabilities.* Canberra: Government of Australia.

Australia, Industry Commission of Australia. 1990. *Aids and Appliances for People with Disabilities.* Report No. 3. Canberra: Government of Australia, July 18.

Barile, M. 2001. "Disablement and the Feminisation of Poverty." *Women in Action.* 2: 1–4.

Batavia, A.I. and G. DeJong. 2001. "Disability, Chronic Illness and Risk Selection." *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation.* 82: 546–552.

Beneria, L. and S. Feldman (Eds.) 1992. *Unequal Burden: Economic Crises, Persistent Poverty, and Women's Work.* Boulder: Westview Press.

Blumberg, R.L., C.A. Rakowski, I. Tinker and M. Monteon (Eds.). 1995. *Engendering Wealth and Well-Being.* Boulder: Westview Press.

Bunch, M. and C. Crawford. 1998. *Persons with Disabilities: Literature Review of the Factors Affecting Employment and Labour Force Transitions.* Ottawa: Human Resources Development Canada.

Canada, HRDC (Human Resources Development Canada). 2002. *Advancing the Inclusion of Persons with Disabilities.* Ottawa: Government of Canada.

Canada, Industry Canada. 2003. "Women Entrepreneurs: A Developing Presence in Canada." *Small Business Quarterly.* 4(3): 1. <http://strategis.ic.gc.ca/SSG/rd00044e.html>. Accessed January 17, 2003.

———. nd. "Canadian Industry Statistics." <http://strategis.ic.gc.ca/canadian-industry-statistics/cis_nsf/idE/cis33911empE.html>. Accessed January 22, 2004.

Canada, Standing Committee on Industry. 1997. *The Standing Committee on Industry, Fifth Report.* A review of Section 14 of the *Patent Act* Amendment 1992. Ottawa.

Canada, Statistics Canada. 2002a. *A Profile of Disability in Canada, 2001 – Tables.* Ottawa: Minister of Industry.

———. 2002b. *Canada's International Trade in Services, 2001.*

———. 2003. *Disability Supports in Canada, 2001 and Tables.* Ottawa: Minister of Industry.

CLC (Canadian Labour Congress). 1997. *Submission by the Canadian Labour Congress (CLC) to the Standing Committee on Industry on Bill C-91, the Patent Act Amendment Bill*. April 8, 1997.

Cohen, M. 2001. "What's at Stake for Women — Women and Trade Agreements." Presentation at the Canadian Gender and Trade Consultation, Ottawa, December 7–9, 2001.

Cox, D. and R. Harris. 1986. "A Qualitative Assessment of Economic Impact on Canada of Sectoral Free Trade with the United States." *Canadian Journal of Economics*. 19(3): 377–394.

DeJong, G. 1997. "Primary Care for Persons with Disabilities: An Overview of the Problem." *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*. 76: S2–8.

Elson, D. (Ed.). 1991. *Male Bias in the Development Process*. London: Macmillan.

Fawcett, G. 1999. "Disability and the Labour Market: Barriers and Solutions." *Perception*. 23(2): 1–6.

Feldman, S. 1992. "Crisis, Islam and Gender in Bangladesh: The Social Construction of a Female Labour Force." In *Unequal Burden: Economic Crises, Persistent Poverty, and Women's Work*. Edited by L. Beneria and S. Feldman. Boulder: Westview Press.

Feree, M.M., J. Lorber and B.B. Hess. (Eds.). 1999. *Revisioning Gender*. London: Sage Publications.

Fernandez-Kelly, P. 1989. "Broadening the Scope: Gender and the Study of International Economic Development. *Sociological Forum*. 4(4): 11–35.

Gabriel, C. and L. Macdonald. 1994. "NAFTA Women and Organizing in Canada and Mexico: Forging a Feminist Internationality." *Millennium Journal of International Studies*. 23(3) (Winter): 535–562.

Gray, L. 1996. *Self-Employment as an Option for Women with Disabilities: A Report for the Women's Enterprise Society of British Columbia*. Prince George: Women's Enterprise Society of British Columbia.

Green Shield Canada. 1998. *Analysis of Drug Claim Costs 1993-1997*. Toronto: Green Shield Canada.

Hassanali, S. 2000. *International Trade: Putting Gender into the Process, Initiatives and Lessons Learned*. Ottawa: Status of Women Canada.

Hassanali, S. and N. Grandea. 2001. "Status of Women Canada's Opportunities and Challenges." Presentation to the Canadian Gender and Trade Consultation, Ottawa, December 7–9, 2001.

Hewitt, T., H. Johnson and D. Wield. 1992. *Industrialization and Development*. Oxford: Oxford University Press.

Jookes, S. and A. Weston. *Women and the New Trade Agenda*. New York: UNIFEM. 1995.

Johnson, J.R. 2002. "How Will International Trade Agreements Affect Canadian Health Care." Discussion paper, no. 22 Commission on the Future of Health Care in Canada (Romanow Commission). Ottawa: Health Canada.

Jones, J.C.H., T. Potashnik and A. Zhang. 2001. "Patents, Brand-Generic Competition and the Pricing of Ethical Drugs in Canada: Some Empirical Evidence from British Columbia." *Applied Economics*. 33: 947–956.

Lavigne, G., T. Burke and M. Lemonde (Eds.). 1999. "Feminist Definitions of Caring Communities and Healthy Lifestyles." *Proceedings of the 1999 Conference of the Canadian Research Institute for the Advancement of Women*. Toronto: Scrivener Press.

Macdonald, L. 2003. "Gender and Canadian Trade Policy: Women's Strategies for Access and Transformation." In *Feminist Perspectives on Canadian Foreign Policy*. Edited by C.T. Sjolander, H.A. Smith and D. Stienstra. Don Mills: Oxford University Press, pp. 40–54.

McColl, M.A. and S. Shortt. 2002. "Health Care Utilization Among Persons Living with Disabilities: Analysis from the National Population Health Survey." Unpublished.

Moghadam, V.M. 1993b. "Bringing the Third World In: A Comparative Analysis of Gender and Restructuring in the Third World and in State Socialist Societies." In *Democratic Reform and the Position of Women in Transitional Economies*, by V.M. Moghadam. Oxford: Clarendon Press, 1993.

———. 1995. "Gender Aspects of Employment and Unemployment in a Global Perspective." In *Global Employment: An Investigation into the Future of Work*. Edited by M. Simai. London: Zed Press.

———. 1999. "Gender and the Global Economy." In *Revisioning Gender*. Edited by M.M. Feree et al.

Moghadam, V.M. (Ed.). 1993a. *Democratic Reform and the Position of Women in Transitional Economies*. Oxford: Clarendon Press.

Neufeldt, A.H., H. Enns, C. Watters and V. Sannuto. 1999. *Urban Business Development and Disability: Models and Strategies*. Winnipeg: Canadian Centre on Disability Studies.

NEWD (Network for Entrepreneurs with Disabilities). 1998. *Entrepreneur Survey: Final Report*. Halifax: Network for Entrepreneurs with Disabilities.

Pearson, R. 1992. "Gender Issues in Industrialization." In *Industrialization and Development.* Edited by Hewitt et al. Oxford: Oxford University Press.

PMPRB (Patented Medicine Prices Review Board). 2000. *Annual Report for the Year Ending December 31, 1999.* Ottawa: Government of Canada.

Redclift, N. and M.T. Stewart (Eds.). 1991. *Working Women: International Perspectives on Women and Gender Ideology.* London: Routledge Press.

Romanow, Commission on the Future of Health Care in Canada. 2002. *Building on the Values: The Future of Health Care in Canada.* Final Report. Ottawa.

Shapiro, E. 1997. *The Cost of Privatization: A Case Study of Home Care in Manitoba.* Ottawa: Canadian Centre for Policy Alternatives.

Simai, M. (Ed.). 1995. *Global Employment: An Investigation into the Future of Work.* London: Zed Press.

Sjolander, C.T., H.A. Smith and D. Stienstra (Eds.). 2003. *Feminist Perspectives on Canadian Foreign Policy.* Don Mills: Oxford University Press.

Tiano, S. 1994. *Patriarchy on the Line: Labor, Gender, and Ideology in the Mexican Maquila Industry.* Philadelphia: Temple University Press.

Ward, K. 1990. *Women Workers and Global Restructuring.* Ithaca: ILR Press.

Watters, C. 1999. "Strategies for Overcoming Barriers for Women Entrepreneurs with Disabilities," In *Feminist Definitions of Caring Communities and Healthy Lifestyles. Proceedings of the 1999 Conference of the Canadian Research Institute for the Advancement of Women.* Edited by Lavigne et al. Toronto: Scrivener Press.

APPENDIX A: METHODOLOGY

Research Objectives

How can Canadian trade policies ensure access and inclusion for women with disabilities? This was the research question for the study.

To find the answer, the project examined how women with disabilities from a variety of backgrounds (including regions, types of disabilities and ethno-racial backgrounds) were affected as consumers of health services and assistive devices, and as entrepreneurs involved in trade as a result of the changes to trade between Canada and the United States during the 1990s (including the adoption and implementation of the North American Free Trade Agreement in 1994). The study had the following objectives.

- Identify any changes to the provision of health services and support and their implications for women with disabilities over the past decade.
- Identify any changes to trade in assistive devices and their implications for women with disabilities over the past decade.
- Identify any changes to the access and capacities of women entrepreneurs with disabilities to engage in trade-related activities over the past decade.
- Assess the access and inclusion for women with disabilities within existing trade policies with the United States.
- Identify changes to existing policies and criteria for future trade policy development to ensure access and inclusion for women with disabilities.

Project Personnel

Project personnel included the following individuals: Dr. Deborah Stienstra, Royal Bank Research Chair, Canadian Centre on Disability Studies, (CCDS) project team leader and principal investigator; Dr. Aileen Wight Felske, research co-investigator; and Colleen Watters, Research Associate with the Canadian Centre on Disability Studies and project manager.

Four research assistants were hired to conduct focus groups in Winnipeg (for participants who were deaf), Halifax, Toronto and on Vancouver Island. They included Rita Bomak in Winnipeg, Nadia Stuewer in Halifax, Rabia Khedr in Toronto and Cathy La France on Vancouver Island. These individuals were responsible for identifying participants, and organizing, facilitating and reporting on the focus groups held in their respective cities. Rabia Khedr also recruited five ethno-racial women with disabilities for individual interviews in Toronto. The project manager organized and conducted the focus group for women with disabilities in Winnipeg and undertook the individual interviews with ethno-racial women in Winnipeg. Aileen Wight Felske, was responsible for data gathering from women with disabilities in Calgary.

Hui-Mei Huang, a graduate student and Hugh Grant, a faculty member of the Department of Economics at the University of Winnipeg, undertook the economic data analysis of trade statistics. Lindsey Troschuk, a CCDS research assistant, conducted the literature review and assisted with other research gathering tasks as required.

Project Advisory Committee

An advisory committee was constituted to offer overall direction and advice to the project, and review and comment on data gathering tools, data analysis, recommendations and reports. All advisory committee work took place via four conference calls. Partner groups included the Council of Canadians with Disabilities, Disabled Women's Network Canada, the Network for Entrepreneurs with Disabilities and the Cowichan Community Economic Development Cooperative. These organizations were provided with honorariums of $500 per group for their participation. Mary Frances Laughton of the Assistive Devices Industry Office of Industry Canada, Gerry Martin, Director, Centre for Women in Business at Mount St. Vincent University, Shannon Campbell of Western Economic Diversification and Dana Peebles of Kartini International (with expertise in the area of gender and trade) also joined the committee. Attempts were made to locate a representative from the Atlantic Canada Opportunities Agency, but these efforts were unsuccessful.

Project Activities

The project began in April 2002 and concluded on March 31, 2003.

At the outset, the project was reviewed for ethical considerations and approved by the CCDS Ethical Review Task Force.

Project activities included the following.

Literature Review

In an extensive literature review, the researchers located literature on assistive devices and people with disabilities in relation to trade, gender and trade, women and trade, and health services. However, there was very little pertaining to women with disabilities and trade, so it was necessary to draw correlations. In addition, the research assistant examined government programs related to entrepreneurship and disability, and the provision of assistive devices to people with disabilities. Much literature was located in relation to the privatization of health care services.

Focus Groups

The focus groups investigated how trade policies in relation to assistive devices and health care services affected the lives of women with disabilities. In addition, the groups explored how trade affected women entrepreneurs with disabilities in terms of the goods and services they needed to purchase (particularly from the United States) to operate their businesses.

Four focus groups were held in Winnipeg, Halifax and Toronto. These included three sessions for women with disabilities and women entrepreneurs with disabilities and one focus group in Winnipeg for women who are deaf, which was conducted in American Sign

Language. Aileen Wight Felske experienced some difficulty in recruiting and organizing a focus group in Calgary, so she conducted interviews with four women with disabilities.

The research assistant in British Columbia chose to conduct the focus group on Vancouver Island as an on-line session to accommodate the participation of women with disabilities living at a distance from one another. She had some difficulty getting this group up and running, as it took time to find a listserv that was accessible to consumers with a variety of needs related to adaptive technology, and recruiting was also challenging. An accessible listserv through Yahoo Groups was set up, and three women participated.

The Advisory Committee recommended that a seventh focus group be convened to review the findings once data analysis was completed. This session took place in March 2003 and enabled participants to verify the findings and suggest changes to the draft project report, which was distributed to them prior to the focus session.

Interviews with Ethno-Racial Women

With the assistance of the Ethno-Cultural Program of the Society for Manitobans with Disabilities in Winnipeg, interviews were conducted with three ethno-racial women. Program facilitators were present to provide translation services, since the participants' first language was not English. The Ethno-Racial People with Disabilities Coalition (ERDCO) in Toronto recruited and interviewed five participants in August 2002. Summaries of the findings of the interviews with the ethno-racial women with disabilities are integrated into the data analysis section of this report.

E-Mail Discussion Group

Due to the fact that only a select number of women with disabilities across the country could participate in the focus groups and individual interviews, the Project Advisory Committee recommended that an e-mail discussion group be set up to enable a greater number of women to share their views on how trade policies affect their lives. Disabled Women's Network Canada offered to assist in facilitating this group.

As a means of testing the waters to see how many women with disabilities might be interested in participating in this type of group, we extended an invitation to subscribers to both the DAWN Canada and DAWN Ontario listservs. The response was disappointing, as only two individuals were interested. Due to the low response rate, the listserv was not set up. It may be that some women with disabilities on the DAWN lists have basic needs for food, shelter, transportation, employment, etc., which are not being met and to which they must devote a great deal of attention. It may also be that, despite the circulation of background material, many women with disabilities have a difficult time conceptualizing how issues such as free trade have an impact on their lives.

Economic Data Analysis

Mei-Hui Huang, a graduate student and Hugh Grant, a faculty member in the Department of Economics at the University of Winnipeg, undertook the economic analysis of recent Canadian trade statistics and their implications for Canadians with disabilities. The findings are included in this report. Their anaysis was subject to the following limitations. The focus on people with disabilities was restricted to their role as *consumers* of particular commodities and

did not consider their role as producers; only two broad merchandise commodity categories (assistive devices and pharmaceuticals) and their associated industries (medical supplies and devices and pharmaceutical manufacturing) were examined due to data availability, and coverage was restricted to the period between 1992 and 2001, which includes implementation of the FTA in 1989, NAFTA in 1994 and completion of the Uruguay round of negotiations under the WTO in 1995.

Interviews With Vendors, Program Co-ordinators and Policy Makers in the Assistive Devices Area

During January 2003, we conducted 12 interviews with vendors, program co-ordinators/policy makers of assistive devices for persons with disabilities, brokers and those knowledgeable in the area of border issues. Respondents included four program co-ordinators/policy makers (three in Manitoba and one in Saskatchewan), one assistive devices researcher/developer in Ontario, seven vendors (four in Manitoba, one in Ontario and two in Newfoundland and Labrador) and two Manitoba-based brokers. Unfortunately, one vendor and the two brokers did not submit signed consent forms (despite requests to do so), so they cannot be quoted in the analysis. The vendors included three who sold products for persons who are blind or visually impaired (two also handled devices for those with learning disabilities), two facilities that dealt with mobility, orthopaedic and prosthetic devices (one also carried mastectomy and ostomy supplies), a vendor that stocked one specific product for individuals with learning disabilities and one company marketing several varieties of devices for children. Among other things, these included Dragon NaturallySpeaking and transfer boards.

Project Advisory Committee members and contacts known to the CCDS in British Columbia, Saskatchewan, Ontario and Nova Scotia were approached to provide names of possible interviewees. The Assistive Devices Industry Office compiled a list of 40 vendors of aids and devices for persons with hearing, visual, learning and mobility devices for people with disabilities, and we contacted three Manitoba vendors known to the research team. In selecting potential respondents, we attempted to choose two or three vendors in each of the above-mentioned categories to interview and then approached them by telephone and e-mail. In making selections, we endeavoured to achieve representation from as many of the 10 provinces as possible. Attempts were also made to reach policy makers/program co-ordinators in all the provinces.

Unfortunately, many of the vendors did not return phone calls or respond to e-mails. Despite several attempts, we were unable to interview a company that manufactured or sold hearing devices. We successfully interviewed program co-ordinators/policy makers in Manitoba and Saskatchewan, but a contact with the Alberta Aids to Daily Living Program felt that participating in the current project was not a priority for her. The director of the B.C. government program did not return phone calls and the contact at the Assistive Devices Program (ADP) in Ontario indicated he could not sign the consent form but instead referred the researcher to the communications section of his department to obtain a signature. However, he provided the address of the program Web site where a wealth of information was available. We were unable to obtain the names of program co-ordinators and policy makers in Quebec, Nova Scotia, Newfoundland and Labrador, and New Brunswick.

Questions for Focus Group Participants and Individual Interviews

1. If you have purchased assistive devices such as specialized software, screen readers, magnification equipment, scanners, wheelchairs, walkers, etc., how easy or difficult has it been for you to obtain these aids and devices?

If you experienced difficulties obtaining them, what barriers did you encounter?

Do you know whether these barriers are related to trade agreements, particularly between Canada and the United States?

What steps can be taken to eliminate these barriers?

2. If you have used private health care services and products (such as private home care services or drugs not covered under publicly funded programs), how easy or difficult has it been for you to obtain these?

If you have experienced difficulties using these products and services, what barriers did you encounter?

Do you know whether these barriers are related to free trade agreements, particularly between Canada and the United States?

What steps can be taken to eliminate these barriers?

3. Can you think of ways in which Canadian trade policies can be changed to increase the accessibility of assistive devices, health care products and services and information about trade for you as a woman with a disability?

4. Some of you who are entrepreneurs mentioned that you buy goods and services from United States companies or sell your own goods and services to the United States. How easy or difficult is it for you to work with U.S. firms?

What barriers do you encounter along the way?

Do you know whether these barriers are related to free trade agreements, particularly between Canada and the United States?

What steps can be taken to eliminate these barriers?

Consent Form for Participants in Focus Groups and Individual Interviews

July 2002

I _____ agree to take part in the project entitled: Women with Disabilities Accessing Trade, which examines how Canadian trade policies can ensure access and inclusion for women with disabilities.

This project looks at how women with disabilities from a variety of backgrounds (including regions, types of disabilities, and ethno-racial backgrounds) have been affected as consumers of health services and assistive devices, and as entrepreneurs involved in trade as a result of the changes to trade between Canada and the United States during the 1990s (including the adoption and implementation of the North American Free Trade Agreement in 1994).

I understand that this research is being conducted by a research team led by Deborah Stienstra at the Canadian Centre on Disability Studies (CCDS), and that interviews are being carried out by CCDS research assistants. This research is funded by Status of Women Canada and has been approved by the CCDS Ethics Review Committee.

I understand that my taking part involves answering a series of questions (either in an individual interview or in a focus group about women with disabilities and trade). The focus group will last approximately two hours. The questions will be distributed to me prior to the focus group/interview.

No direct quotations from the interview/focus group attributed to me will be used without my prior written permission.

I agree that the interview/focus group will be tape recorded to allow the researchers to review and transcribe the discussion. The audio tape will be erased after the discussion has been transcribed. Names of focus group participants, unique personal characteristics, etc. will not be included in any research reports or other publications without the participants' written permission.

Data obtained in focus groups or individual interviews will be kept confidential, and focus group participants will be asked not to reveal the identities of other participants. I understand, however, that the CCDS cannot guarantee that other participants will comply with this request.

I understand that the principal investigator, the project manager and the research assistants conducting the focus groups and interviews will have access to the gathered data. I also understand that the written focus group and interview data will be stored at the CCDS for a period of three years following completion of the project and then will be destroyed.

I understand that the focus group and interview data will be analyzed and will be included in a report on the project, which will be provided to the funders, Status of Women Canada.

I understand that my participation is voluntary and that I may withdraw from the study at any time without penalty by contacting the researchers. I also know that I may refuse to answer any questions.

I understand that I will receive an honorarium of $50 for my participation.

I understand that if I have any further questions about the study, I can contact the researchers by phone at the Canadian Centre on Disability Studies, 287-8411 or by e-mail at ccds@disabilitystudies.ca. I can also contact the Principal Investigator, Deborah Stienstra at the same number or by e-mail at d.stienstra@uwinnipeg.ca.

I understand that, if I have any ethical concerns about the research, I can contact the Chairperson of the CCDS Research Committee at 56 The Promenade, Winnipeg, Manitoba, R3B 3H9.

In situations where informed consent cannot be obtained in writing due to the nature of a disability, tape recorded consent will be accepted.

Participant signature _____

Contact information _____

_____

_____

Date _____

Researcher signature _____

Date _____

One copy to participant and another to the researcher.

Questions for Vendors, Program Co-ordinators and Policy Makers of Assistive Devices Programs for Persons with Disabilities

Questions for Vendors

1. A. What aids and devices do you currently sell?

   B. How are decisions made in terms of the brands of products you carry, price, number of items ordered, process of getting items to the consumers, etc.?

   C. Do you know whether international trade agreements have an impact on the types of products you carry, number of each item purchased, price, etc.?

   D. Do you know whether international trade agreements have an impact on customers in terms of price, selection, etc.?

2. Do you plan to make any changes in the types of products you sell? If yes, what changes do you plan to make and why?

Questions for Co-ordinators of Assistive Devices Programs

1. A. What aids and devices, assistive technology, etc. does your program currently fund for consumers?

   B. What percentage of the costs of these devices does your program fund?

   C. How are decisions made with respect to program policies, the devices you fund, who is eligible, the vendors chosen to carry your devices, etc.?

2. What information about the availability of aids and devices and funding options does your program provide to consumers with disabilities, disability organizations, income support programs, community groups, vendors, etc.?

3. Do you know whether international trade agreements have an impact on the types of devices your program covers and other policy decisions within your program with respect to funding, eligibility criteria, the vendors chosen to carry your devices, etc.? If international trade agreements have an impact, what is the nature of this impact?

4. What changes do you feel could be made in your program to enhance its ability to address the needs of consumers with disabilities?

Questions for Those with Knowledge of Customs and Border Issues

1. When devices and assistive technology for persons with disabilities are ordered from the United States, on what types of products will duty be charged? What products are exempt?

2. A. How are decisions made with respect to duty, customs charges, brokerage fees, etc. and on which products these will be applied?

B. What are the policies with respect to brokerage fees, duty and customs on aids and devices and assistive technology?

C. If individuals with disabilities are charged brokerage fees or customs duty on aids and devices which are exempt, is there a process whereby these fees can be recovered? If so, what is this process?

3. A. What information is provided to individuals with disabilities about customs, brokerage fees, duty, exemptions on aids and devices and assistive technology?

   B. What information is provided to persons with disabilities about the process for recovering those fees (where applicable)?

   C. What changes would you recommend in the types of information that is provided to consumers?

4. Do you know whether international trade agreements have an impact on customs charges, duty and brokerage fees on aids and devices? What is the nature of this impact?

5. What policy changes would you recommend with respect to duty, brokerage and customs fees applied to assistive devices for persons with disabilities?

6. A. Should uniform standards be implemented on aids and devices for persons with disabilities available in Canada and the United States? If yes, please explain. If no, please explain.

   B. What types of uniform standards should be implemented?

Consent Form for Individual Interviewees Assistive Devices Program Co-ordinators, Policy Makers and Vendors

November, 2002

I _____ agree to take part in the project entitled, Women with Disabilities Accessing Trade, which examines how Canadian trade policies can ensure access and inclusion for women with disabilities.

This project looks at how women with disabilities from a variety of backgrounds (including regions, types of disabilities, and ethno-racial backgrounds) have been affected as consumers of health services and assistive devices, and as entrepreneurs involved in trade as a result of the changes to trade between Canada and the United States during the 1990s (including the adoption and implementation of the North American Free Trade Agreement in 1994).

I understand that this research is being conducted by a research team led by Deborah Stienstra at the Canadian Centre on Disability Studies (CCDS), and that interviews are being carried out by the project manager. This research is funded by Status of Women Canada and has been approved by the CCDS Ethics Review Committee.

I understand that my taking part involves answering a series of questions in an individual interview about the accessibility of assistive devices and technology to women with disabilities. The interview will last approximately 30 to 45 minutes. The questions will be distributed to me prior to the interview.

No direct quotations from the interview attributed to me will be used without my prior written permission.

I agree that the interview will be tape recorded to allow the researchers to review and transcribe the discussion. The audio tape will be erased after the discussion has been transcribed. Names of interviewees, unique personal characteristics, etc. will not be included in any research reports or other publications without the participants' written permission.

Data obtained in individual interviews will be kept confidential.

I understand that the principal investigator and the project manager conducting the interviews will have access to the gathered data. I also understand that the written interview data will be stored at the CCDS for a period of three years following completion of the project and then will be destroyed.

I understand that the interview data will be analyzed and will be included in a report on the project, which will be provided to the funders, Status of Women Canada.

I understand that my participation is voluntary and that I may withdraw from the study at any time without penalty by contacting the researchers. I also know that I may refuse to answer any questions.

I understand that if I have any further questions about the study, I can contact the researchers by phone at the Canadian Centre on Disability Studies, 287-8411 or by e-mail at ccds@disabilitystudies.ca. I can also contact Deborah Stienstra, Principal Investigator, at the same number or by e-mail at d.stienstra@uwinnipeg.ca.

I understand that, if I have any ethical concerns about the research, I can contact the Chairperson of the CCDS Ethics Review Committee at 56 The Promenade, Winnipeg, Manitoba, R3B 3H9.

In situations where informed consent cannot be obtained in writing due to the nature of a disability, tape recorded consent will be accepted.

Participant signature _____

Contact information _____

_____

_____

Date _____

Researcher signature _____

Date _____

One copy to participant and another to the researcher.

APPENDIX B: TABLES

1	Selected Tariff Rates Under WTO Agreement	55
3	Canada's International Trade, 1992-2001, Total Trade and Selective Commodities	56
3	Trade by Commodity Classification, 1992-2001, Selected Assistive Devices	57
4	Trade by Industry Classification, 1992-2001, Medical Equipment and Supplies	58
5	Trade by Commodity Classification, 1992-2001, Pharmaceuticals	59
8	Trade by Commodity Classification, 1992-2001, Pharmaceuticals	61
9	Trade by Industry Classification, 1992-2001, Pharmaceutical and Medicine Manufacturing	62
8	Pharmaceutical Prices in Canada, 1992-2001	63
9	Public and Private Expenditure on Drugs	64
10	Trade in Health-Related Travel, 1992-2001	66
11	Assistive Devices Programs	67

Table 1: Selected Tariff Rates Under WTO Agreement

Tariff Item Number	Description of Products	Base Rate of Duty		Bound Rate of Duty		Initial Negotiating Right	Other Duties and Charges	Final Implementation Date
		Ad Valorem (%)	Other U/B	Ad Valorem (%)	Other			
1	2	3		4		5	6	7
8713	***Invalid carriages (wheelchairs)***							
8713.10.00	Not mechanically propelled	9.2	B	0.0				1999
8713.90.00	Other	9.2	B	0.0				1999
9019-20	***Mechano-therapy appliances***							
9019.10	Mechano-therapy appliances; massage apparatus; psychological aptitude-testing apparatus							
9019.10.10	Mechano-therapy appliances; power-operated massage apparatus; psychological aptitude-testing apparatus	9.2	B	0.0				1999
9019.10.20	Manually operated massage apparatus	13.6	B	0.0				1999
9019.20.00	Ozone therapy, oxygen therapy, aerosol therapy, artificial respiration or other therapeutic respiration apparatus	4.8	B	0.0				1999
9020.00.00	Other breathing appliances and gas masks, excluding protective masks having neither mechanical parts not replaceable filters	0.0	B	0.0				
9021	***Orthopaedic appliances***							
	Artificial joints and other orthopaedic or fracture appliances:							
9021.11.00	Artificial joints	9.2	B	0.0				1999
9021.19.10	Plaster bandage splints	10.0	U	0.0				1999
9021.19.20	Surgical trusses and suspensory bandages; orthopaedic abdominal supports	17.5	B	0.0				1999
9021.19.30	Other orthopaedic or fracture appliances	0.0	B	0.0				
	Artificial teeth and dental fittings:							
9021.21.00	Artificial teeth	0.0	U	0.0				
9021.29.10	Dental fittings but not including dental prostheses	0.0	U	0.0				
9021.29.20	Dental prostheses including dentures, bridges and crowns	10.2	U	0.0				1999
9021.30.00	Other artificial parts of the body	0	B	0.0				
9021.40.00	Hearing aids, excluding parts and accessories	0.0	B	0.0				
9021.50.00	Pacemakers for stimulating heart muscles, excluding parts and accessories	9.2	B	0.0				1999
9021.90.00	Other	9.2	B	0.0				1999

Source: WTO, Tariff Schedule V - Canada. Part I - Most-Favoured Nation Tariff.

Table 2: Canada's International Trade, 1992-2001, Total Trade and Selective Commodities (millions of Canadian dollars)

Commodity	Trade	Area	1992	2001	% Change (1992 base year)	% Change (2001 base year)
Assistive Devices	Exports	US	18	91	406.0	80.2
		ROW	64	66	3.1	3.0
		Total	81	157	93.9	48.4
	Imports	US	253	462	82.6	45.2
		ROW	55	204	271.0	73.0
		Total	309	666	115.5	53.6
Pharmaceuticals	Exports	US	213	1,833	761.0	88.0
		ROW	214	363	70.0	41.0
		Total	428	2,196	413.0	81.0
	Imports	US	816	3,175	210.0	67.8
		ROW	556	3.120	169.0	62.8
		Total	1,372	6,295	385.0	68.7
All Merchandise Trade	Exports	US	125,670	350,734	179.1	64.2
		ROW	37,158	51,731	39.2	28.2
		Total	162,828	402,466	147.2	59.5
	Imports	US	96,470	218,306	126.3	55.8
		ROW	51,548	124,687	142.0	58.7
		Total	148,018	342,993	131.7	56.8

Source: Derived from Statistics Canada data, available on Industry Canada's Strategis Web site <http://strategis/gc/ca>. Accessed October 2002.

Table 3: Trade by Commodity Classification, 1992-2001, Selected Assistive Devices (millions of Canadian dollars)

Commodity (Code)	Tariff			1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Wheelchairs (HS8713)	9.3	Exports	US	1	10	14	24	26	31	30	27	22	12
			ROW	3	3	2	3	4	5	5	4	5	5
			Total	4	12	15	27	30	37	35	31	27	17
		Imports	US	17	16	16	16	16	20	29	31	33	40
			ROW	3	2	3	3	2	4	6	6	9	11
			Total	20	18	18	19	18	24	35	36	42	50
Ozone, oxygen or aerosol therapy (HS 901920)	Free	Exports	US	6	6	7	14	11	9	13	12	16	16
			ROW	1	2	3	5	4	5	9	9	11	14
			Total	6	8	10	19	16	13	22	21	27	30
		Imports	US	49	50	42	43	40	48	57	66	54	61
			ROW	7	6	9	13	10	13	14	30	35	49
			Total	55	56	51	56	50	61	70	96	89	109
Orthopaedic appliances (HS 9021)	Free	Exports	US	11	15	13	15	17	21	28	31	41	63
			ROW	60	63	64	73	76	72	86	76	65	47
			Total	70	78	77	87	94	94	115	107	106	110
		Imports	US	187	221	244	274	270	292	347	343	355	362
			ROW	46	49	59	56	58	68	97	132	135	145
			Total	233	270	303	330	328	360	444	475	490	507
Total		Exports	US	18	31	34	53	54	61	72	70	79	91
			ROW	64	67	68	81	85	82	101	89	81	66
			Total	81	98	102	133	139	144	172	159	160	157
		Imports	US	204	237	259	290	285	312	376	373	388	401
			ROW	49	51	61	58	61	72	103	138	145	156
			Total	302	339	363	391	386	432	536	577	586	618

Source: Derived from Statistics Canada data available on Industry Canada's Strategis Web site. <http://strategis.g.ca>. Accessed October 2002.

Table 4: Trade by Industry Classification, 1992-2001, Medical Equipment and Supplies (NAICS 339110)
(millions of Canadian dollars)

Trade	Area	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Exports	US	151	146	178	219	230	263	309	342	358	406
	ROW	109	128	131	175	224	217	232	168	137	114
	Total	261	273	309	394	454	480	542	510	495	521
Imports	US	900	1,008	1093	1,139	1,142	1,311	1,597	1,706	1,688	1,912
	ROW	398	428	469	535	558	668	750	835	907	1,055
	Total	1,298	1,436	1562	1,674	1,700	1,979	2,347	2,541	2,595	2,967
Apparent domestic market		1,818	1,953	2,141	2,132	2,243	2,777	3,219	3,502	3,838	4,287
Exports/Domestic Market		14.3%	14.0%	14.4%	18.5%	20.2%	17.3%	16.8%	14.6%	12.9%	12.1%
Imports/Domestic Market		71.4%	73.5%	73.0%	78.5%	75.8%	71.3%	72.9%	72.6%	67.6%	69.2%
Estimated Domestic Production*		781	791	888	853	996	1,278	1,413	1,470	1,738	1,841
Production/Consumption		43.0%	40.5%	41.5%	40.0%	44.4%	46.0%	43.9%	42.0%	45.3%	42.9%

Note:
*Estimated as (Apparent Domestic Market) – (Imports) + (Exports).

Source: Industry Canada, Strategis <http://strategis.gc.ca>. Accessed February 1, 2004.

Table 5: Trade by Commodity Classification, 1992-2001, Pharmaceuticals (millions of C$)

Commodity (Code)	Tariff	Trade	Area	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Organo-sulphur compounds (HS 2930)	10-12.5	Exports	US	4	3	5	6	7	7	9	12	7	7
			ROW	5	5	7	8	5	6	8	8	3	1
			Total	8	8	12	13	12	13	16	20	10	8
		Imports	US	23	28	40	41	43	50	61	48	39	37
			ROW	19	21	18	26	23	38	36	67	123	94
			Total	42	49	58	67	66	88	97	115	161	131
Sugars, chemically pure, their ethers esters and salts (HS 2940)	9.2-10	Exports	US	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
			ROW	0	0	2	1	0	3	5	3	2	2
			Total	0	0	2	1	0	3	5	3	2	2
		Imports	US	2	0	1	1	5	1	1	1	9	18
			ROW	3	5	3	3	4	4	7	10	7	5
			Total	6	5	4	4	9	4	8	11	15	23
Glands and other organs; heparin and its salts; human or animal substances not elsewhere stated - therapeutic uses (HS 3001)	9.2-10.2	Exports	US	49	59	70	80	60	63	124	113	114	141
			ROW	1	2	2	1	2	2	0	0	1	1
			Total	50	61	72	82	61	64	125	114	115	142
		Imports	US	4	5	4	7	6	5	8	7	8	9
			ROW	2	2	3	3	3	6	8	5	5	6
			Total	5	7	7	10	10	11	16	12	13	15
Blood and blood preparation (HS 3002)	0-9.8	Exports	US	35	34	36	39	34	36	56	140	113	148
			ROW	48	51	47	51	52	61	50	49	42	39
			Total	82	85	83	90	86	97	106	189	155	187
		Imports	US	117	156	184	145	140	175	253	301	254	338
			ROW	24	26	35	40	49	66	104	75	120	298
			Total	140	182	219	185	189	241	357	375	375	635

(Table 5 cont'd)

Commodity (Code)	Tariff	Trade	Area	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Medicament (HS 3003)	0-9.5	Exports	US	20	21	32	29	30	49	71	77	98	42
- not put up in measured doses			ROW	23	30	21	20	20	20	18	26	9	5
nor packed for retail use			Total	44	52	53	49	50	69	89	103	107	47
		Imports	US	25	22	37	38	67	98	144	157	159	92
			ROW	16	16	13	24	28	32	26	27	19	27
			Total	41	39	50	61	95	130	170	184	178	119

Source:
Derived from Statistics Canada data available on Industry Canada's Strategis Web site <http://strategis.gc.ca>. Accessed February 1, 2004.

Table 6: Trade by Commodity Classification, 1992-2001, Pharmaceuticals (continued)
(value in millions of Canadian dollars)

Commodity (Code)	Tariff	Trade	Area	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Medicament (HS 3004)	0-9.5	Exports	US	81	115	243	314	418	690	648	636	880	1,398
			ROW	98	119	119	153	172	220	342	313	247	247
			Total	179	234	362	467	590	910	990	949	1,127	1,645
		Imports	US	536	385	734	823	949	1,130	1,430	1,864	2,379	2,471
			ROW	468	537	653	768	818	908	1,260	1,623	1,878	2,562
			Total	1,004	922	1,387	1,591	1,767	2,038	2,690	3,487	4,257	5,033
Dressings and similar articles (HS 3005)	9.5-22.5	Exports	US	16	17	24	37	33	43	47	53	61	35
			ROW	1	3	3	20	13	21	17	18	4	5
			Total	17	20	28	57	45	64	65	70	65	41
		Imports	US	27	30	31	38	45	54	58	61	63	77
			ROW	10	13	10	16	16	22	30	27	33	36
			Total	37	43	41	54	62	76	88	89	96	113
Other - chemical preparations for pharmaceutical use	0-12.5	Exports	US	8	7	12	10	13	27	37	55	45	63
			ROW	38	40	65	60	82	81	120	110	106	62
			Total	46	46	77	70	95	108	157	165	151	125
		Imports	US	83	87	107	113	131	107	105	122	159	132
			ROW	15	16	22	23	24	34	34	39	66	92
			Total	97	102	129	136	155	141	139	161	224	225
Total*		Exports	US	213	256	422	515	595	913	993	1,086	1,318	1,833
			ROW	214	250	266	314	345	414	560	528	414	363
			Total	428	505	689	829	940	1,327	1,553	1,614	1,732	2,196
		Imports	US	816	714	1,138	1,206	1,386	1,620	2,061	2,562	3,070	3,175
			ROW	556	636	757	903	965	1,110	1,505	1,873	2,250	3,120
			Total	1,372	1,350	1,895	2,109	2,351	2,730	3,566	4,435	5,320	6,295

Notes:
*n "Total" includes "pumps (with measuring device) other than for dispensing fuel or lubricants."

Source:
Derived from Statistics Canada data available on Industry Canada's Strategis Web site <http://strategis.gc.ca>. Accessed October 2002.

Table 7: Trade by Industry Classification, 1992-2001, Pharmaceutical and Medicine Manufacturing (NAICS 3254) (millions of Canadian dollars)

Trade	Area	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Exports	US	205	259	430	516	607	929	1,012	1,114	1,360	1,932
	ROW	262	257	265	300	333	398	550	567	494	374
	Total	467	516	694	816	940	1,327	1,562	1,681	1,853	2,307
Imports	US	975	1,236	1,359	1,448	1,628	1,925	2,395	2,928	3,452	3,617
	ROW	729	836	1,001	1,195	1,300	1,373	1,801	2,126	2,477	3,428
	Total	1,704	2,072	2,360	2,643	2,928	3,298	4,196	5,054	5,929	7,045
Apparent domestic market		5,474	6,189	6,123	6,577	6,680	6,857	7,408	8,336	9,556	11,531
Exports/consumption		8.5%	8.3%	11.3%	12.4%	14.1%	19.3%	21.1%	20.2%	19.4%	20.0%
Imports/consumption		31.1%	33.5%	38.5%	40.2%	43.8%	48.0%	56.6%	60.6%	62.0%	61.1%
Apparent domestic production*		4,237	4,623	4,458	4,749	4,692	4,886	4,774	4,962	5,480	6,793
Production/consumption		77.4%	74.8%	72.8%	72.2%	70.2%	71.2%	64.4%	59.5%	57.4%	58.9%

Note:
*Estimated as (Apparent Domestic Market) – (Imports) + (Exports).

Source:
Derived from Statistics Canada data available on Industry Canada's Strategis Web site <http://strategis.g[illegible]>. Accessed February 2004.

Table 8: Pharmaceutical Prices in Canada, 1992-2001
(annual percentage change)

	Pharmaceuticals			All Commodities
Year	Patent Medicine Prices	Industry Prices	Consumer Prices	Consumer Prices
1992	2.1	3.6	2.2	1.5
1993	0.1	0.9	2.9	1.8
1994	-0.7	-0.4	0.9	0.2
1995	-1.9	-0.7	-0.1	2.2
1996	-2.2	0.0	0.4	1.6
1997	-0.1	-0.2	-0.4	1.6
1998	-0.1	-0.7	2.2	0.9
1999	0.2	0.4	2.0	1.7
2000	0.4	1.0	2.8	2.7
2001	0.1	0.3	3.0	2.6
Average	-0.2	0.4	1.6	1.7

Sources:
Patent Medicine: Patented Medicine Price Index (PMPI), Canada. Patent Medicine Prices Review Board.
Industry: Industrial Product Price Index (Pharmaceuticals), Statistics Canada.
Consumer: Consumer Price Index (Pharmaceuticals), Statistics Canada.
All Consumer Goods: Statistics Canada.

Table 9: Public and Private Expenditure on Drugs
(millions of dollars and as a % of total health care spending)

Year	Total Expenditures		Per Capita Spending		As % of Health Care Spending
	$ million	% change	$ million	% change	
Private					
1992	5,610	10.0	198	8.7	31.0
1993	6,135	9.4	214	8.1	31.4
1994	6,350	3.5	219	2.3	31.0
1995	6,737	6.1	230	4.9	31.7
1996	7,029	4.3	237	3.2	32.1
1997	7,811	11.1	261	10.0	33.5
1998	8,511	9.0	282	8.0	34.8
1999	8,905	4.6	292	3.8	34.0
2000	9,162	2.9	298	2.0	34.1
2001	9,496	3.6	306	2.7	33.9
Average		6.5		5.4	
Public					
1992	2,854	11.7	101	10.4	5.5
1993	2,958	3.6	103	2.4	5.7
1994	2,998	1.3	103	0.2	5.7
1995	3,262	8.8%	111	7.6	6.2
1996	3,214	-1.5	108	-2.5	6.1
1997	3,467	7.9	116	6.8	6.3
1998	3,863	11.4	128	10.4	6.5
1999	4,418	14.4	145	13.4	7.0
2000	5,150	16.6	168	15.6	7.5
2001	6,054	17.5	195	16.4	8.1
Average		9.2		8.1	

Table 9 (cont'd)

Year	Total Expenditures $ million	Total Expenditures % change	Per Capita Spending $ million	Per Capita Spending % change	As % of Health Care Spending
Total					
1992	8,464	10.6	299	9.3	12.1
1993	9,093	7.4	317	6.2	12.7
1994	9,348	2.8	322	1.6	12.8
1995	9,999	7.0	341	5.8	13.5
1996	10,243	2.4	346	1.3	13.7
1997	11,278	10.1	377	9.0	14.4
1998	12,374	9.7	410	8.7	14.8
1999	13,323	7.7	437	6.8	14.9
2000	14,312	7.4	466	6.5	14.9
2001	15,550	8.6	501	7.6	15.2
Average		7.4		6.3	

Source:
Canadian Institute for Health Information.

Table 10: Trade in Health-Related Travel,* 1992-2001
(millions of C$)

Trade	Area	1992†	1993†	1994†	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Exports	US	55	53	55	64	63	65	70	71	72	75
	ROW	13	14	15	21	23	22	20	21	22	21
	Total	68	67	70	85	86	87	90	92	94	96
Imports	US	176	122	90	171	184	210	244	266	292	327
	ROW	10	10	8	13	14	16	18	21	22	25
	Total	186	132	98	184	198	226	262	287	314	352

Notes:
*"Health-Related Travel" refers to all expenditures in another country by medical patients.
†Data prior to 1995 is limited to hospital and physician charges paid under provincial health plans for Canadian residents and is, therefore, not strictly comparable to figures for 1995-2001.

Source:
Statistics Canada (2002b).

Table 11: Assistive Devices Programs

Name of Program	Administered by	Devices Covered	Eligibility Criteria
Alberta			
Alberta Aids to Daily Living (AADL)	Ministry of Health and Wellness	Back supports, bathing and toileting equipment, catheter supplies, compression garments, custom made footwear, dressing supplies, electro-larynx, hearing aids (under age 18 or over 65), hospital beds, incontinence supplies, injection supplies (not provided for insulin injections), patient lifters, mastectomy prostheses, ostomy supplies, oxygen, orthotic braces, prosthetic devices, respiratory equipment, specialized seating devices, wheelchair cushions, wheelchairs (manual and power), walkers	People who have a chronic disability (six months or more) or illness, and terminally ill people: Alberta resident with a valid personal health care number
British Columbia			
SET-BC	Ministry of Education of BC	Equipment ranges from access enhancing tools, to screen review software, speech output devices, and adapted computer systems. SET-BC selects equipment for the Loan Bank according to a variety of factors, including student need, cost, durability, technical support and availability	Students from Kindergarten to Grade 12 who are residents of British Columbia.
Adult Services Program	NA	Special technology	Post-secondary education students with disabilities and employees with disabilities who use adaptive technologies
Manitoba			
No comprehensive program, only special programs noted below			
The Breast Prosthesis Program	Manitoba Health	Breast prostheses and surgical brassieres	Persons who have had a single mastectomy may claim two prostheses every four years and two surgical brassieres every year
Eyeglasses Program	Manitoba Health	Eyeglasses	All Manitoba residents over the age of 65

Table 11 (cont'd)

Hearing Aid Program	Manitoba Health	Hearing aids (analog or digital; ear molds and ear impressions)	Manitoba residents under the age of 18 who require a hearing aid, as prescribed by an otolaryngologist or audiologist
Orthopaedic Shoes Program	Manitoba Health	Orthopaedic shoes (stock or custom made)	All Manitoba residents under 18 years of age
Prosthetic Eye/Infant Contact Lens Program	Manitoba Health	Prosthetic eyes and infant contact lenses (single or bilateral)	All Manitoba residents who require artificial eyes or cosmetic shells as prescribed by a physician, or corrective contact lenses as prescribed by a medical practitioner; Manitoba Health will provide one lens per eye, per infant
Prosthetic and Orthotic Program	Manitoba Health	Limb and spinal orthotic or prosthetic devices and services	All Manitoba residents who require these services, as prescribed by medical practitioner
Telecommunications Program	Manitoba Health	Telecommunications equipment, including TTYs and pagers	All Manitoba residents who are profoundly deaf or speech impaired. Only 80% rebate is given, once every five years
Transportation Subsidy	Manitoba Health	Covers transportation costs to the nearest approved facility where treatment is available	Manitoba residents who have been referred out of Manitoba by Manitoba specialists
Aids to the Blind	Canadian National Institute for the Blind (CNIB)	Brailled watches, tape recorders	Residents who are blind or with severe visual impairments
Manitoba Community Wheelchair Program	Society for Manitobans with Disabilities (SMD)	Wheelchairs and other mobility devices	Based on medical need; referral by physician
New Brunswick			
Health Services Program	Department of Health	Certain basic items not ordinarily covered by Medicare or private health plans (wheelchairs, bathroom aids, patient lifts, walkers, repairs, replacement parts, hearing aids, orthopedic items, ostomy supplies, prosthetic items, oxygen and other respiratory equipment, etc.)	Social assistance clients and their dependants; individuals who have special health needs and qualify under Section 4.4 of the *Family Income Security Act* and Regulations for extended health care; children with special needs who are clients of the Community Based Services for Children with Special Needs Program (CBSCSN), where the family demonstrates financial need

Table 11 (cont'd)

Vehicle Tax Reimbursement Program	Department of Finance	Refund the 8% provincial portion of the Harmonized Sales Tax (HST) or 15% Provincial Vehicle Tax (PVT) on private sale transactions for persons with disabilities	Vehicle is specially equipped with a device to enable a wheelchair or scooter to enter or leave the passenger vehicle; or the vehicle is specially equipped with auxiliary driving controls
Seniors Rehabilitation Equipment Program	Funded by the Department of Health and Community Services but administered by the Canadian Red Cross	Standard and specialized equipment on loan to aid functional capacity for everyday living to maintain seniors' ability to remain in the community; mobility equipment	Seniors over 65 in nursing homes
Training and Employment Support Services (TESS) for Persons with Disabilities program	Department of Training and Employment Development	Training and employment services that enable persons with disabilities to achieve their occupational goal or obtain employment	Application process; physician referral
Financial Assistance for People with Disabilities	Dept of Transportation	Financial assistance with the purchase and installation costs of vehicle equipment/ features required due to driver(s) or regular passenger(s) disability, such as a wheelchair/scooter lift for the vehicle, ramps, floor/door alterations, restraint tie-downs, special needs seating, handcontrols, etc.	Requests must be approved by Dept of Transportation
Newfoundland and Labrador			
None	NA	NA	NA
Northwest Territories			
None	NA	NA	NA

Table 11 (cont'd)

Nova Scotia			
Community Transportation Assistance Program	Ministry of Transport	Includes transportation services in rural and semi-rural Nova Scotia	Individuals with a long-term disability who can't use public transportation
Nunavut			
None	NA	NA	NA
Ontario			
Assistive Devices Program and Home Oxygen Programs	Administered by the Operational Support Branch of the Ontario Ministry of Health and Long-Term Care	Covers over 8,000 separate pieces of equipment or supplies in 11 device categories, including prostheses, wheelchairs/mobility aids and specialized seating systems, enteral feeding supplies, monitors and test strips for insulin-dependent diabetics, hearing aids, respiratory equipment, orthoses, visual and communication aids, and oxygen and oxygen deliver equipment. The program pays up to 75% of the cost of equipment such as artificial limbs, orthopaedic braces, wheelchairs, breast prostheses, and breathing aids. For hearing aids, it contributes a fixed amount. Home oxygen supplies and equipment.	Residents of Ontario (with a provincial health number) who have had a disability for six months or longer
Prince Edward Island			
Disability Supports Program	Disability Supports and Services, Dept of Health and Social Services	Based on individual assessments, includes a contribution by the individual or family based on ability to pay down to a minimum as outlined in a Client Contribution Schedule. Can include bathroom aids, bedroom aids, ostomy supplies, communication devices, feeding equipment supplies, hearing aids, orthotic devices, prosthetic Devices, visual aids, wheelchair, positioning and ambulation aids, and applied behaviour analysis materials.	People up to age 64 who have a functional limitation as a result of disability which limits their ability to carry out activities for independence and well-being. Disabilities exclude mental illness, must be continuous or recurrent and likely to last more than 1 year

Table 11 (cont'd)

Quebec			
Hearing Devices	Regie de l'Assurance Maladie	hearing aid	Persons with hearing loss; coverage varies by age and level of hearing loss
Visual Devices	Regie de l'Assurance Maladie	Reading aids, such as tape recorders, closed-circuit television systems, optical systems and calculators, writing aids (such as conventional typewriters and braillers), mobility aids (such as white canes and electronic obstacle detectors)	Persons insured under the Quebec Health Insurance Plan who are blind or have low vision
Ostomy Appliances	Regie de l'Assurance Maladie	Ostomy appliances	Persons insured under the Quebec Health Insurance Plan who have undergone a permanent colostomy, ileostomy or urostomy of which the permanent nature is attested to by a medical certificate
Devices that Compensate for Physical Deficiencies	Regie de l'Assurance Maladie	Purchase, adjustment, replacement, repair and, in certain cases, adaptation of walking aids, standing aids, locomotor assists and posture assists as well as their components, supplements and accessories; the purchase, adjustment, replacement and repair of orthotics and prosthetics. The program does not cover three-wheeled or four-wheeled scooters, but does cover the adjustment and repair of these devices if they were paid for by the Office des personnes handicapées du Quebec prior to November 12, 1998.	Persons insured under the Quebec Health Insurance Plan who have a physical deficiency and meet the program's eligibility requirements
External Breastforms	Regie de l'Assurance Maladie	For each breast, the amount of $200, payable every two years beginning with the date of the operation or, in the case of aplasia, the date of the medical report.	All women insured under the Quebec Health Insurance Plan who have undergone a total or radical mastectomy, and for women age 14 and over who have a total absence of breast formation, medically diagnosed as aplasia
Ocular Prostheses	Regie de l'Assurance Maladie	For each eye, a reimbursement for the cost of purchasing or replacing an ocular prosthesis once per five-year period, to a yearly allowance for the repair and maintenance of the prosthesis.	Any person insured under the Quebec Health Insurance Plan who requires an ocular prosthesis (artificial eye)

Table 11 (cont'd)

Saskatchewan			
Saskatchewan Aids to Independent Living (SAIL)	Ministry of Health	Othopaedic services (prosthetic appliances, orthotic devices, specialized adaptive seating and custom built footwear), and home respiratory services (home oxygen therapy, respiratory equipment), excluding persons eligible under other departments or agencies of the government of Canada, the Workers' Compensation Board Saskatchewan Government Insurance or residents of general rehabilitation or extended care hospitals.	Referral by specialist, physician or physiatrist
Paraplegia Program	Ministry of Health	Financing for certain drugs, incontinence supplies, specialized rehabilitation equipment, hand controls, ramps and wheelchair lifts	Referred by physiatrist
Cystic Fibrosis Program	Ministry of Health	Certain drugs, food supplements and digestants	Referred by physician
End Stage Renal Disease Program	Ministry of Health	Certain drugs are covered	Referred by the dialysis unit at a hospital
Ostomy Program	Ministry of Health	Reimbursement for ostomy supplies	Referred by enterstomal therapists
Aids to the Blind Program	SAIL provides funding to CNIB	Braille watches, talking calculators and low-vision eyewear	
Special Needs Equipment Program	operated by the Saskatchewan Abilities Council under contract with SAIL	Mobility aids, environmental aids	
Yukon			
None	NA	NA	NA

ENDNOTES

[1] There are not significant differences in the percentages of men and women citing these reasons for unmet needs for assistive devices.

[2] For full details, please see Appendix A.

[3] *Individuals with Disabilities Education Act* (IDEA) 20, USC, Ch. 33, 1401, 25, US.

[4] See Table 3 for details.

[5] See Table 10 for the details on the assistive devices program in each province.

[6] We could not verify to what extent this system has been successful in Australia, but from the accounts we were able to locate, there has been some transfer of government funds to private sector manufacturers to support this.

[7] <http://www.dfait-maeci.gc.ca/businesswomen/moreabout-en.asp>. Accessed December 15, 2003.

Projects Funded Through Status of Women Canada's Policy Research Fund
Call for Proposals Trade Agreements And Women *

Protecting Canada's Proactive Employment Equity Measures in the Context of the Trade Agreements
Lucie Lamarche

Trade Agreements, Home Care and Women's Health
Olena Hankivsky and Marina Morrow with Pat Armstrong, Lindsey Galvin and Holly Grinvalds

Engendering Canadian Trade Policy: A Case-Study of Labour Mobility in Trade Agreements
Chantal Blouin, Heather Gibb, Maire McAdams and Ann Weston
The North-South Institute

Trade Agreements, the Health Care Sector and Women's Health
Teresa Cyrus, Lori Curtis

Women with Disabilities: Accessing Trade
Deborah Stienstra, Colleen Watters, Hugh Grant, Hui-Mei Huang and Lindsey Troschuk

Integrating Gender Perspectives Within the World Trade Organization: A Canadian Advocacy and Analysis Model
Dana Peebles

From the Fur Trade to Free Trade: Forestry and First Nations Women in Canada
Darlene Rude, Connie Deiter

* Some of these papers are still in progress and not all titles are finalized.

Les femmes handicapées et la libéralisation du commerce

Deborah Stienstra
Colleen Watters
Hugh Grant
Hui-Mei Huang
Lindsey Troschuk

Recherche en matière de politiques
Policy Research

Condition féminine Canada
Status of Women Canada

Canada

Les femmes handicapées et la libéralisation du commerce

Deborah Stienstra
Colleen Watters
Hugh Grant
Hui-Mei Huang
Lindsey Troschuk

La recherche et la publication de la présente étude ont été financées par le Fonds de recherche en matière de politiques de Condition féminine Canada. Les opinions exprimées sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement la politique officielle de Condition féminine Canada ou du gouvernement du Canada.

Juillet 2004

Condition féminine Canada se fait un devoir de veiller à ce que toutes les recherches menées grâce au Fonds de recherche en matière de politiques adhèrent à des principes méthodologiques, déontologiques et professionnels de haut niveau. Chaque rapport de recherche est examiné par des spécialistes du domaine visé à qui on demande, sous le couvert de l'anonymat, de formuler des commentaires sur les aspects suivants :

- l'exactitude, l'exhaustivité et l'actualité de l'information présentée;
- la mesure dans laquelle la méthodologie et les données recueillies appuient l'analyse et les recommandations;
- l'originalité du document par rapport au corpus existant sur le sujet et son utilité pour les organisations oeuvrant pour la promotion de l'égalité, les groupes de défense des droits, les décisionnaires, les chercheuses et chercheurs et d'autres publics cibles.

Condition féminine Canada remercie toutes les personnes qui participent à ce processus de révision par les pairs.

Données de catalogage avant publication de la Bibliothèque nationale du Canada

Stienstra, Deborah, 1960-

Les femmes handicapées et la libéralisation du commerce

Texte en anglais et en français disposé tête-bêche.
Titre de la p. de t. addit. : Women with disabilities accessing trade.
Publ. aussi sur l'Internet.

ISBN 0-662-68148-7
No de cat. SW21-112/2004

1. Handicapées – Canada – Attitudes.
2. Aides fonctionnelles (Médecine Physique) – Politique gouvernementale – Canada.
3. Femmes chefs d'entreprise – Canada – Attitudes.
4. Canada – Politique commerciale.
5. Canada – Accords commerciaux.
I. Canada. Condition féminine Canada.
II. Titre.

HV1569.3W65 2004 305.9'08'0971 C2004-980150-3F

Gestion du projet : Madina Nicolas et Jo Anne de Lepper, Condition féminine Canada
Coordination de l'édition : Cathy Hallessey, Condition féminine Canada
Révision et mise en page : PMF Services de rédaction inc. / PMF Editorial Services Inc.
Traduction : Linguistica
Lecture comparative : Christiane Melançon
Coordination de la traduction : Monique Lefebvre, Condition féminine Canada
Contrôle de la qualité : Lila Muipatayi, Condition féminine Canada

Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec la :
Direction de la recherche
Condition féminine Canada
123, rue Slater, 10e étage
Ottawa (Ontario) K1P 1H9
Téléphone : (613) 995-7835
Télécopieur : (613) 957-3359
ATME : (613) 996-1322
Courriel : research@swc-cfc.gc.ca

Ce document est aussi accessible sur le site Web de Condition féminine Canada à http://www.swc-cfc.gc.ca/.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX iii

ACRONYMES iv

PRÉFACE v

SOMMAIRE vi

1. INTRODUCTION 1
   - Le contexte commercial 2
   - La recherche 3
   - Principales conclusions 4

2. LES FEMMES HANDICAPÉES ET LE COMMERCE INTERNATIONAL 6

3. LE COMMERCE DES APPAREILS ET ACCESSOIRES FONCTIONNELS ET DES AIDES TECHNIQUES 9
   - Ce que nous savons au sujet des structures du commerce des appareils et accessoires fonctionnels 9
   - Les appareils et accessoires fonctionnels et les femmes handicapées 14
   - Le commerce des appareils et accessoires fonctionnels et les recommandations de principe 21

4. LE COMMERCE DES PRODUITS ET SERVICES DE SANTÉ 25
   - Les structures du commerce des produits pharmaceutiques 25
   - Les structures du commerce des services de santé 29
   - Le commerce des produits et services de santé et les femmes handicapées 31
   - Le commerce des produits et services de santé et les recommandations de principe 35

5. L'ACCÈS AUX RENSEIGNEMENTS SUR LE COMMERCE ET AUX SERVICES POUR LES FEMMES ENTREPRENEURES HANDICAPÉES 37
   - Renseignements sur l'entrepreneuriat 38
   - Renseignements sur les visas et l'assurance 39
   - Renseignements sur les douanes, les tarifs et les normes 40
   - Renseignements sur les maisons de courtage 41
   - L'accès aux renseignements sur le commerce et aux services, et les recommandations de principe 42

6. CONCLUSIONS 44

BIBLIOGRAPHIE 46

ANNEXES
A : Méthodologie 50
B : Tableaux 62

NOTES 80

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

Figures

1a Exportations de fauteuils roulants 11
1b Importations de fauteuils roulants 11
2a Exportations d'appareils de mécanothérapie 11
2b Importations d'appareils de mécanothérapie 11
3a Exportations d'appareils orthopédiques 12
3b Importations d'appareils orthopédiques 12
4 Pourcentage d'augmentation du commerce 13
5a Exportations d'appareils médicaux 13
5b Importations d'appareils médicaux 13
5c Consommation intérieure, fournitures et appareils médicaux 14
5d Part des importations, fournitures et appareils médicaux 14
6a Exportations de produits pharmaceutiques 26
6b Importations de produits pharmaceutiques 26
7a Exportations, industrie pharmaceutique 28
7b Importations, industrie pharmaceutique 28
7c Consommation intérieure, produits pharmaceutiques 28
7d Part des importations, produits pharmaceutiques 28
8 Variation des prix et des dépenses de médicaments 29
9a Exportations de voyages liés à la santé 31
9b Importations de voyages liés à la santé 31

Tableaux

1 Certains taux tarifaires aux termes de l'Accord sur l'OMC 63
2 Commerce international du Canada, 1992-2001, commerce total et certaines marchandises 64
3 Commerce selon la classification des marchandises, 1992-2001, certains appareils et accessoires fonctionnels 65
4 Commerce selon la classification des industries, 1992-2001, fournitures et matériel médicaux 66
5 Commerce selon la classification des marchandises, 1992-2001, produits pharmaceutiques 67
6 Commerce selon la classification des marchandises, 1992-2001, produits pharmaceutiques 69
7 Commerce selon la classification des industries, 1992-2001, fabrication de produits pharmaceutiques et de médicaments 70
8 Prix des produits pharmaceutiques au Canada, 1992-2001 71
9 Dépenses publiques et privées pour les médicaments 72
10 Commerce des voyages liés à la santé, 1992-2001 73
11 Programmes d'appareils et accessoires fonctionnels 74

ACRONYMES

ADRC	Agence des douanes et du revenu Canada
AGCS	Accord général sur le commerce des services
ALE	Accord de libre-échange entre le Canada et les États-Unis
ALENA	Accord de libre-échange nord-américain
ATME	appareil de télécommunications pour les malentendants
CCD	Conseil des Canadiens avec déficiences
CCEH	Centre Canadien d'études sur le handicap
CEPMB	Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés
CRVA	Centre de ressources pour la vie autonome
CSA	Association canadienne de normalisation
DRHC	Développement des ressources humaines Canada
EPLA	Enquête sur la participation et les limitations d'activités
ERDCO	Ethno-Racial People with Disabilities Coalition of Ontario
GATT	Accord général sur les tarifs douaniers et le commerce
IDEA	*Individual with Disabilities Education Act*
INCA	L'institut national canadien pour les aveugles
IPC	indice des prix à la consommation
IPC (PP)	indice des prix à la consommation (produits pharmaceutiques)
IPMB	indice des prix des médicaments brevetés
IPPI	indices des prix des produits industriels
MAECI	ministère des Affaires étrangères et du Commerce international
MSI	Régime d'assurance médicale de la Nouvelle-Écosse
NED	Network of Entrepreneurs with Disabilities
NEWD	Network for Entrepreneurs with Disabilities
OMC	Organisation mondiale du commerce
PAAF	Programme des appareils et accessoires fonctionnels (Ontario)
RAFHC	Réseau d'action des femmes handicapées du Canada
RAMO	Régime d'assurance-maladie de l'Ontario
RDM	Reste du monde (sans les États-Unis)
SAIL	Aides à la vie autonome de la Saskatchewan
SCCD	Société canadienne des courtiers en douane
SCIAN	Système de classification des industries de l'Amérique du Nord
SMD	Society for Manitobans with Disabilities
TPS	Taxe sur les produits et services
ZLEA	Zone de libre-échange des Amériques

PRÉFACE

Une bonne politique publique est fonction d'une bonne recherche en matière de politiques. C'est pour cette raison que Condition féminine Canada a établi le Fonds de recherche en matière de politiques en 1996. Il appuie la recherche indépendante en matière de politiques sur des enjeux liés au programme gouvernemental qui doivent faire l'objet d'une analyse comparative entre les sexes. L'objectif visé est de favoriser les débats publics sur les enjeux liés à l'égalité des sexes et de permettre aux personnes, groupes, responsables de l'élaboration des politiques et analystes des politiques de participer plus efficacement à l'élaboration des politiques.

La recherche peut porter sur des enjeux nouveaux et à long terme ou sur des questions urgentes et à court terme dont l'incidence sur chacun des sexes requiert une analyse. Le financement est accordé au moyen d'un processus d'appel de propositions ouvert et en régime de concurrence. Un comité externe, non gouvernemental, joue un rôle de premier plan dans la détermination des priorités de la recherche, le choix des propositions financées et l'évaluation du rapport final.

Le présent rapport de recherche fait suite à un appel de propositions lancé en août 2001, sous le thème « Les accords commerciaux et les femmes ». D'autres recherches financées par Condition féminine Canada sur le même thème examinent, par exemple : les répercussions des engagements commerciaux du Canada qui ont trait à la mobilité de la main-d'oeuvre; l'effet des accords commerciaux sur les soins de santé au Canada; les répercussions des accords de libre-échange sur les Canadiennes autochtones au plan social, économique, culturel et environnemental; la formulation de modèles canadiens devant permettre d'intégrer aux accords commerciaux des considérations liées à l'égalité entre les sexes; les répercussions des accords commerciaux sur les mesures proactives d'emploi qui visent les femmes dans le secteur privé canadien; ainsi que les effets des accords commerciaux sur les femmes handicapées.

Une liste complète des projets de recherche financés dans le cadre de cet appel de propositions se trouve à la fin du présent rapport.

Nous remercions les chercheuses et les chercheurs de leur apport au débat sur les politiques gouvernementales.

SOMMAIRE

Pour les femmes handicapées, la conclusion d'accords commerciaux par le Canada a signifié une dégradation encore plus grande de leur situation déjà marginale dans la société canadienne. Bien que les promotrices et les promoteurs de la libéralisation du commerce aient promis que les coûts liés aux appareils et accessoires fonctionnels, aux services de santé et aux produits pharmaceutiques diminueraient, cela ne s'est pas produit. En outre, en raison d'un effet indirect de la libéralisation du commerce et dans le contexte plus général des politiques économiques néolibérales, il s'est produit une réduction de la portée et du nombre des programmes gouvernementaux conçus expressément pour soutenir la participation des personnes handicapées à la vie communautaire. La libéralisation du commerce a aussi créé indirectement une désincitation à entrer dans la population active rémunérée. D'ordinaire, le meilleur moyen d'échapper à un faible revenu est l'emploi, mais, dans le cas des femmes handicapées, le coût croissant des produits pharmaceutiques et des aides n'a fait qu'accroître les obstacles financiers à la participation à la population active rémunérée, ce qui a rendu impossible cette participation pour un grand nombre d'entre elles.

La présente étude vise à examiner la façon dont le commerce des services de santé et des appareils et accessoires fonctionnels a influé sur les femmes handicapées et dans quelle mesure les femmes entrepreneures handicapées peuvent avoir accès aux services et aux renseignements commerciaux. Le projet permet de regarder l'historique des changements survenus dans ces trois domaines au cours de la dernière décennie et de cerner les obstacles et les avantages qui se sont présentés aux femmes handicapées dans le cadre des relations commerciales, en particulier celles avec les États-Unis. Le présent rapport porte sur la question de recherche principale suivante : Comment les politiques commerciales canadiennes peuvent-elles assurer l'accès et l'inclusion des femmes handicapées? En outre, il fait ressortir les principaux sujets de préoccupation des femmes handicapées, à la fois comme consommatrices et comme entrepreneures. Ce faisant, le présent rapport accroît nos connaissances au sujet des préoccupations particulières des femmes handicapées par rapport aux politiques et aux accords commerciaux, et il apporte de la richesse et de la profondeur à notre compréhension de la façon dont le commerce touche différemment divers groupes de personnes. Le rapport comprend des recommandations de principe concernant des mesures concrètes que peuvent prendre les gouvernements et les organisations du secteur privé pour répondre à ces préoccupations.

Notre équipe de recherche a puisé à un certain nombre de sources de données différentes, tant qualitatives que quantitatives. Les données qualitatives ont été recueillies au moyen de groupes de discussion, d'entrevues individuelles et d'entrevues avec des informatrices et informateurs clés. Nous avons effectué une analyse quantitative des statistiques commerciales pertinentes. En tout, 42 femmes handicapées ont participé soit à des groupes de discussion, soit à des entrevues. Six d'entre elles se sont identifiées comme entrepreneures, 11 comme appartenant à des groupes ethnoraciaux et deux comme femmes autochtones. Nous avons rencontré des femmes qui avaient un large éventail de handicaps, dont des handicaps physiques et sensoriels (c'est-à-dire des femmes qui étaient sourdes, avaient une basse vision ou étaient aveugles), et qui avaient des troubles du psychisme et de nombreux autres problèmes de santé. Afin d'obtenir différents points de vue sur l'accès au commerce, nous

avons aussi eu des entrevues avec sept vendeuses et vendeurs d'appareils et accessoires fonctionnels au Manitoba, en Ontario et à Terre-Neuve et au Labrador, quatre coordonnatrices et coordonnateurs de programmes au Manitoba et en Saskatchewan, ainsi que deux maisons de courtage basées au Manitoba.

Recommandations de principe concernant les appareils et accessoires fonctionnels

1. Tous les appareils et accessoires fonctionnels et les aides techniques pour les personnes handicapées devraient être exonérés de droits de douane, de frais de courtage et de taxes.
2. L'Agence des douanes et du revenu du Canada (ADRC) devrait créer un registre des personnes qui reçoivent le crédit d'impôt pour personnes handicapées et utiliser ce registre pour approuver l'entrée en franchise de droits des marchandises destinées à chaque personne handicapée.
3. Statistique Canada devrait créer des codes de classification des marchandises distincts pour les aides techniques, à la suite de discussions participatives sérieuses avec la collectivité autoreprésentative des personnes handicapées.
4. Il est nécessaire d'assurer une plus grande harmonisation des normes entre les États-Unis et le Canada afin que les aides techniques achetées dans un pays puissent être utilisées dans l'autre.
5. L'ADRC devrait créer un site Web accessible et convivial, qui contiendrait des fiches d'information sur l'importation des aides techniques et sur les personnes handicapées.
6. L'ADRC et la Société canadienne des courtiers en douane (SCCD) devraient fournir des renseignements sur le rôle des maisons de courtage dans l'importation d'appareils et accessoires fonctionnels et d'aides techniques, sur les coûts associés à l'importation et sur la possibilité d'obtenir le remboursement des frais de courtage si les appareils et accessoires sont exonérés de droits.
7. Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux devraient coordonner un système d'information sur les aides techniques et les appareils et accessoires fonctionnels qui s'étendrait à tout le Canada, qui serait accessible et compréhensible pour le grand public, les décisionnaires, le personnel des programmes, etc.
8. On devrait mettre en place des mécanismes pour permettre aux personnes handicapées et à leurs proches de demander le remboursement de la taxe sur les produits et services (TPS) exigée dans le cas des produits pour personnes handicapées qui sont importés des États-Unis au Canada. À l'heure actuelle, les professionnelles et les professionnels peuvent demander le remboursement de la TPS payée à l'égard de ces types d'articles, tandis que les consommatrices et consommateurs et leurs proches ne peuvent pas le faire.
9. On devrait élaborer des mesures incitatives pour renforcer le secteur industriel canadien des aides techniques.

Recommandations de principe sur le commerce des services de santé

10. Lorsqu'il élabore des politiques commerciales, le ministère des Affaires étrangères et du Commerce international (MAECI) devrait reconnaître les problèmes de manque d'accès créés par la disparité des coûts des produits de santé entre le Canada et les États-Unis, et créer un mécanisme approprié pour corriger cet écart, à l'intention des personnes handicapées qui ont besoin de ces produits.

11. Le MAECI devrait faire en sorte que, dans le cadre des politiques commerciales existantes et en cours d'élaboration, on mette en place des normes d'accessibilité communes (y compris la prestation des services d'interprètes dans les établissements de soins de santé d'urgence) pour appuyer la législation nationale existante.

12. Le MAECI devrait veiller à ce que les accords commerciaux internationaux, tant ceux qui existent déjà que ceux qui viendront dans l'avenir, ne désorganisent pas l'accès aux soins à domicile financés par le gouvernement.

13. Les entreprises des États-Unis qui vendent des produits de santé et des appareils et accessoires fonctionnels devraient être encouragées à établir des concessions au Canada afin d'accroître l'accessibilité et l'abordabilité de ces articles pour les consommatrices et les consommateurs.

Recommandations de principe sur l'accès aux renseignements et aux services commerciaux pour les femmes entrepreneures handicapées

14. Le MAECI devrait effectuer une analyse systématique de la totalité de ses politiques commerciales, du point de vue des personnes handicapées, afin de cerner les défis et les possibilités qui se présentent aux femmes et aux hommes handicapés.

15. Le MAECI et l'industrie devraient élaborer et annoncer un site Web à propos des politiques commerciales et internationales et de leurs répercussions sur les femmes et les hommes handicapés. Les renseignements devraient être accessibles sur des supports multiples.

16. L'ADRC, d'autres organismes fédéraux, des organismes à but non lucratif et l'industrie devraient offrir des ateliers sur la réglementation douanière associée à l'importation de marchandises et des services et sur la façon de remplir les documents nécessaires.

17. L'ADRC devrait élaborer un site Web accessible et convivial offrant des renseignements douaniers pertinents aux entrepreneures et entrepreneurs, y compris une liste de numéros de téléphone ou d'ATME que ces personnes pourraient composer pour obtenir des éclaircissements ou poser des questions.

18. La section appelée « Les Femmes d'affaires et le commerce » du Service des délégués commerciaux du Canada devait élaborer et placer sur son site Web des renseignements particuliers sur les questions d'accès et d'inclusion, à l'intention des femmes entrepreneures handicapées qui désirent se lancer dans le commerce.

19. Les entrepreneures et entrepreneurs handicapés devraient créer un réseau national de soutien et de réseautage, dans lequel on mettrait particulièrement l'accent sur le recrutement de femmes entrepreneures handicapées et sur le soutien à celles-ci.

1. INTRODUCTION

Le commerce international accru a été l'un des aspects les plus importants de l'économie canadienne durant la dernière décennie. Depuis 1992, le Canada a connu un accroissement rapide du commerce : les importations se sont accrues de 179 p. 100 et les importations de 126 p. 100 (voir le tableau 2). En conséquence, les exportations constituent maintenant 40 p. 100 du produit intérieur brut du Canada. Cette expansion du commerce a eu des répercussions sur la vie de l'ensemble des Canadiennes et des Canadiens, mais elle a été particulièrement importante pour les femmes handicapées.

Les femmes handicapées constituent une proportion importante de la population canadienne et plus de femmes que d'hommes vivent avec des handicaps. En 2001, 55 p. 100 de toutes les personnes adultes handicapées étaient des femmes. Les femmes et les filles handicapées constituaient 13,3 p. 100 de la population canadienne et 15,7 p. 100 de l'ensemble des femmes adultes. À mesure que les femmes avancent en âge, une plus grande proportion d'entre elles vivent avec des handicaps; 42 p.100 des femmes âgées de 65 ans ou plus reconnaissent avoir des incapacités (Statistique Canada 2002). Le taux d'incapacité parmi les Autochtones au Canada est de plus du double du taux national (DRHC 2002).

Les femmes handicapées constituent plus de la moitié des personnes du Canada qui disent avoir besoin d'aides techniques ou d'appareils et accessoires fonctionnels pour leurs activités quotidiennes. Les données les plus récentes, celles de 2001 (Statistique Canada 2003), illustrent le fait que sur 1,6 million de personnes de 15 ans ou plus qui ont dit avoir besoin d'aides techniques et d'appareils et accessoires pour leurs activités quotidiennes, 895 590 (56 p. 100) étaient des femmes. Environ 40 p. 100 (369 430) de ces femmes ont dit qu'elles avaient besoin de plus d'aides techniques que celles dont elles disposaient ou qu'elles n'avaient pas du tout d'aides techniques. Parmi les raisons invoquées pour expliquer cet état de fait, environ 35 p. 100 de ces femmes ont dit que l'appareil ou l'accessoire souhaité n'était pas couvert par une assurance, 47 p. 100 ont dit que l'aide technique était trop coûteuse et 13 p. 100 ont dit ne pas savoir où ni comment elles pourraient se procurer ces aides[1].

Cependant, les femmes handicapées ont un accès limité au revenu et de plus faibles revenus et elles comptent énormément sur les programmes de soutien du revenu du gouvernement. Le revenu du ménage d'une personne handicapée, entre 1993 et 1998, était d'environ les trois quarts du revenu du ménage d'une personne non handicapée. Dans le cas des personnes autochtones handicapées, le revenu du ménage était d'environ la moitié de celui de l'ensemble des ménages non autochtones. Vingt-cinq pour cent des personnes vivant dans des ménages à faible revenu étaient des personnes handicapées. En 1998, sur les personnes adultes en âge de travailler (de 16 à 64 ans) qui étaient handicapées, 48 p. 100 avaient les programmes gouvernementaux pour principale source de revenu. Les femmes handicapées étaient trois fois plus susceptibles de compter sur les programmes gouvernementaux que les femmes non handicapées et plus susceptibles de le faire que les hommes handicapés (DRHC 2002).

Les femmes handicapées sont parmi celles qui, en tant que consommatrices, dépendent beaucoup des appareils et accessoires fonctionnels, des produits pharmaceutiques et des

services de santé. À cet égard, le commerce accru promettait des prix plus bas et une plus grande disponibilité des produits et services. Mais la libéralisation du commerce a entraîné une plus grande dépendance du marché en ce qui a trait à la distribution des ressources. Cela expose les femmes handicapées à un risque potentiellement plus grand. Étant donné que celles-ci ont tendance à avoir des revenus plus faibles et dépendent davantage pour leur revenu des programmes gouvernementaux, il se peut qu'elles doivent consacrer une fraction importante de leur revenu aux appareils et accessoires fonctionnels et aux services de santé ou bien tout simplement s'en passer.

Les femmes handicapées sont touchées d'une façon unique par la manière dont le Canada effectue les échanges et en assure la promotion. Néanmoins, leurs sujets de préoccupation ne sont pas présents à la table des négociations ni dans les évaluations des accords commerciaux existants. Le présent rapport fait ressortir les principaux sujets de préoccupation des femmes handicapées, à la fois en tant que consommatrices et en tant qu'entrepreneures. Ce faisant, il accroît nos connaissances au sujet des préoccupations particulières des femmes handicapées par rapport au commerce, il ajoute de la richesse et de la profondeur à notre compréhension de la façon dont le commerce touche différemment divers groupes de personnes, et il présente des recommandations de principe à l'égard de mesures concrètes que les gouvernements peuvent prendre pour répondre à ces préoccupations.

Le contexte commercial

En 1987, le Canada a commencé à libéraliser le commerce lorsqu'il a conclu un accord commercial bilatéral avec les États-Unis. La mise en vigueur de l'Accord de libre-échange entre le Canada et les États-Unis (ALE), deux-ans plus tard, a eu pour effet d'éliminer graduellement les barrières tarifaires et non tarifaires au commerce d'un large éventail de marchandises. L'Accord de libre-échange Nord américain (ALENA), signé en 1994, a remplacé l'ALE et s'est étendu au Mexique. On est en train de poursuivre des négociations pour établir une zone de libre-échange encore plus vaste, la Zone de libre-échange des Amériques (ZLEA), dont feraient partie 34 pays de l'hémisphère ouest.

En rétrospective, l'ALE et l'ALENA n'ont fait qu'anticiper des changements qui se produisaient de façon multilatérale. En 1995, l'aboutissement du Cycle d'Uruguay des négociations menées dans le cadre de l'Accord général sur les tarifs douaniers et le commerce (GATT) a conduit à l'Accord de Marrakesh, lequel établissait l'Organisation mondiale du commerce (OMC). À titre de signataire de l'OMC, le Canada participe à un accord commercial multilatéral de grande envergure entre 125 pays participants initiaux, lequel s'applique à la plupart des marchandises et à certains services. Dans le cadre de l'ALE, le Canada s'était engagé à éliminer graduellement les droits de douane sur la majeure partie du commerce avec les États-Unis, mais l'Accord sur l'OMC a eu pour effet d'étendre un traitement semblable (celui de la nation la plus favorisée) au reste du monde. L'ALENA et l'Accord général sur le commerce des services (AGCS) conclu par l'OMC définissent des règles et des procédures parallèles qui régissent un large éventail de services commerciaux.

On s'attendait à ce que les négociations du Canada sur la libéralisation du commerce, d'abord avec les États-Unis et, par la suite, avec le Mexique et d'autres pays des Amériques, puis de façon multilatérale en vertu de l'Accord sur l'OMC, apportent de nombreux avantages aux

Canadiennes et aux Canadiens. On laissait entendre que, grâce à l'élimination des barrières tarifaires et non tarifaires à la circulation internationale des marchandises, les consommatrices et les consommateurs verraient baisser les prix des biens et services. Cela était censé se produire grâce à l'élimination de la taxe à l'importation sur les biens et des services et, indirectement, grâce à l'accroissement de la productivité et de l'efficience des entreprises. En rationalisant la production dans certaines industries, on s'attendait à produire des retombées dans l'ensemble de l'économie sous la forme d'une croissance économique plus rapide, de taux de chômage plus faibles et de taux d'inflation plus bas (Cox et Harris 1986).

D'autres personnes avaient des préoccupations importantes, dans une large mesure au sujet des travailleuses et des travailleurs dont les emplois disparaîtraient à la suite de ces changements. En outre, les consommatrices et les consommateurs craignaient que les prix baissent seulement s'il y avait une plus grande concurrence, pas s'il y avait moins d'entreprises contrôlant les marchés.

Un autre important sujet de préoccupation était la pression accrue exercée sur les gouvernements, à la suite de la libération du commerce, en faveur de la privatisation de services auparavant publics. L'ALENA et l'Accord sur l'OMC imposent tous deux au Canada des obligations qui vont au-delà de l'élimination des tarifs douaniers et des autres barrières commerciales et s'étendent à la protection des droits des investisseurs étrangers (en vertu des dispositions de l'ALENA concernant le « traitement national »), à la protection des droits de propriété intellectuelle et à des mécanismes de résolution des litiges. Afin d'éliminer les programmes qui peuvent être considérés comme des pratiques commerciales déloyales ou des subventions cachées favorisant les producteurs nationaux, on exerce, dans le cadre des accords commerciaux, des pressions visant à harmoniser les politiques gouvernementales entre les pays. Dans une large mesure, cela a entraîné de plus grandes pressions en faveur de la privatisation (Johnson 2002).

Étant donné qu'un grand nombre des programmes gouvernementaux visaient expressément à remplacer l'affectation *privée* des ressources par leur répartition *publique*, les personnes qui avaient bénéficié auparavant de programmes financés par le gouvernement se verraient donc plus exposées aux caprices du marché. Les femmes handicapées sont au nombre de celles qui y voient un sujet de préoccupation important.

La recherche

Une question principale a guidé la recherche effectuée dans le cadre de ce projet : De quelle façon les politiques commerciales canadiennes peuvent-elles assurer l'accès et l'inclusion des femmes handicapées? Afin de répondre à cette question, l'équipe de recherche a examiné en détail trois secteurs distincts : le commerce des aides techniques et des appareils et accessoires fonctionnels, le commerce des produits et services de santé (y compris les produits pharmaceutiques) et l'accès aux renseignements et aux services commerciaux pour les femmes entrepreneures handicapées. Le rapport est structuré selon ces trois secteurs.

Notre recherche a été soutenue par un Comité consultatif qui se réunissait dans le cadre du projet. Ses membres étaient des représentantes et des représentants de nos organismes partenaires – le Conseil des Canadiens avec déficiences (CCD), le Réseau d'action des

femmes handicapées du Canada (RAFHC), le Network of Entrepreneurs with Disabilities (NEWD), Collaborative Learning Strategies (qui est devenue notre partenaire lorsque la Cowichan Community Economic Development Cooperative s'est retirée), ainsi que du Bureau de l'industrie des appareils et accessoires fonctionnels d'Industrie Canada, du ministère de la Diversification de l'économie de l'Ouest, du Centre for Women in Business, à la Mount Saint Vincent University, et de Kartini International (une entreprise ayant une expérience considérable des questions concernant le commerce et les femmes).

Pour documenter notre étude, nous avons puisé à un certain nombre de sources différentes de données tant qualitatives que quantitatives[2]. Les données qualitatives ont été recueillies au moyen de groupes de discussion, d'entrevues individuelles et d'entrevues avec des informatrices et des informateurs clés. L'équipe de recherche a aussi effectué une analyse quantitative des statistiques commerciales pertinentes.

Pour connaître les préoccupations à l'égard du commerce qu'avaient les femmes handicapées et les femmes entrepreneures handicapées, nous avons tenu des séances de groupes de discussion en personne avec des femmes handicapées à Halifax, à Toronto et à Winnipeg. Toutes ces séances ont été tenues en anglais, sauf une qui a été tenue en American Sign Language. Une séance de groupe de discussion a eu lieu en ligne avec des femmes handicapées de l'Île de Vancouver. Des entrevues individuelles ont eu lieu avec des femmes handicapées à Calgary. À Toronto et à Winnipeg, nous avons aussi eu une entrevue avec des femmes handicapées appartenant à des groupes ethnoraciaux et, au besoin, nous avons eu recours à la traduction à partir de leur langue maternelle.

En tout, 42 femmes handicapées ont participé soit à des séances de groupes de discussion, soit à des entrevues. Six d'entre elles se sont identifiées comme entrepreneures. Onze se sont identifiées comme des femmes appartenant à des groupes ethnoraciaux et deux comme des femmes autochtones. Nous avons rencontré des femmes qui avaient un large éventail de handicaps, y compris des déficiences sensorielles (des femmes qui étaient aveugles ou avaient une basse vision, ou qui étaient sourdes ou avaient une déficience auditive), des troubles du psychisme, des femmes qui avaient des handicaps multiples et cachés et de nombreux autres problèmes de santé. Leurs frustrations, leurs questions et leurs préoccupations constituent une bonne partie de la matière du présent rapport.

Afin de connaître des points de vue différents sur l'accès au commerce, nous avons aussi eu des entrevues avec sept vendeuses et vendeurs d'appareils et accessoires fonctionnels au Manitoba, en Ontario et à Terre-Neuve Neuve et au Labrador, avec quatre coordonnatrices et coordonnateurs de programmes au Manitoba et en Saskatchewan, avec une personne qui effectuait de la recherche sur les appareils et accessoires fonctionnels, en Ontario, et avec deux maisons de courtage basées au Manitoba.

Principales conclusions

Pour les femmes handicapées, la conclusion d'accords commerciaux par le Canada a signifié une dégradation encore plus grande de leur situation déjà marginale dans la société canadienne. Bien que les promotrices et les promoteurs de la libéralisation du commerce aient promis que les coûts liés aux appareils et accessoires fonctionnels, aux services de santé et aux produits

pharmaceutiques diminueraient, cela ne s'est pas produit. En outre, en raison d'un effet indirect de la libéralisation du commerce, il s'est produit une réduction de la portée et du nombre des programmes gouvernementaux conçus pour soutenir la participation des personnes handicapées à la vie communautaire. Cela a rendu les femmes handicapées de plus en plus vulnérables face à des forces du marché au sujet desquelles elles n'ont rien ou presque rien à dire.

La libéralisation du commerce a aussi créé indirectement, une désincitation à entrer dans la population active rémunérée. D'ordinaire, le meilleur moyen d'échapper à un faible revenu est l'emploi, mais, dans le cas des femmes handicapées, le coût croissant des produits pharmaceutiques et des aides n'a fait qu'accroître les obstacles financiers à la participation à la population active rémunérée, ce qui a rendu impossible cette participation pour un grand nombre d'entre elles. À cet égard, la libéralisation du commerce a vraisemblablement contribué à la marginalisation encore plus grande des femmes handicapées et à une société moins inclusive.

Les femmes handicapées se heurtent à des obstacles systémiques à la pleine inclusion. En outre, elles ne possèdent pas beaucoup de renseignements sur les répercussions du commerce sur leur vie et elles ont peu accès à ce genre de renseignements. Cela réduit encore davantage leur capacité de résoudre les problèmes découlant de leur exclusion de la société canadienne.

L'étude a permis de trouver des renseignements détaillés importants, qui nous aideront à comprendre la façon dont le commerce touche les femmes handicapées, en tant que consommatrices et entrepreneures, et la façon de modifier les politiques commerciales et autres pour assurer un meilleur accès et une meilleure inclusion à ces femmes. Les chapitres allant du troisième au cinquième présentent des constatations détaillées relatives au commerce des aides techniques et des appareils et accessoires fonctionnels, au commerce des services de santé et à l'accès aux renseignements et aux services commerciaux pour les femmes entrepreneures handicapées.

2. LES FEMMES HANDICAPÉES ET LE COMMERCE INTERNATIONAL

Bien que les accords commerciaux internationaux aient fait la manchette des journaux durant les deux dernières décennies, il n'y a eu rien d'écrit en particulier au sujet des femmes handicapées et du commerce. Dans notre analyse documentaire, nous n'avons pas trouvé d'études, d'articles ni même de renseignements généraux traitant de la situation particulière des femmes handicapées par rapport au commerce.

Il existe un corpus croissant de textes sur les femmes et le commerce de façon générale, dont un bon nombre traitent des répercussions du contexte global actuel de la politique économique, des accords commerciaux et de la concurrence sur les femmes. Certaines des questions dont traitent ces ouvrages portent sur les effets des processus économiques sur les femmes (Afshar et Dennis 1992; Beneria et Feldman 1992; Joekes et Weston 1995), sur des explications des répercussions économiques du commerce du point de vue des relations entre les sexes, des idéologies ou des préjugés (Elson 1991; Fernandez-Kelly 1989; Moghadam 1993; Pearson 1992; Redclift et Stewart 1991) et sur les aspects sexistes de la restructuration économique, par exemple, sur la façon dont les différences entre les sexes façonnent le processus du travail et sur les répercussions de l'emploi des femmes sur les relations entre les sexes (Blumberg *et al.* 1995; Feldman 1992; Moghadam 1995; Tiano 1994; Ward 1990).

Le travail des femmes, salarié et non salarié, dans les secteurs formels et au foyer, dans la fabrication et dans les services publics et privés est important pour l'accumulation et le commerce mondiaux. La mondialisation croissante de la production a conduit à un accroissement de l'utilisation par les entreprises de formules de travail souples pour obtenir un avantage concurrentiel dans le commerce. La prédominance des femmes dans ces nouveaux réservoirs de main-d'oeuvre a été appelée la « féminisation de la main-d'oeuvre » par des universitaires féministes qui étudient l'économie mondiale (Moghadam 1999; Macdonald 2003). Les structures de travail changeantes dans les entreprises industrielles favorisent la féminisation de l'emploi. Au Canada, les grandes sociétés ont réagi aux pressions de la concurrence accrue en adoptant des stratégies de production plus « souples », dont la sous-traitance du travail à de plus petites entreprises, l'utilisation d'une main-d'oeuvre à temps partiel plus souple travaillant souvent à domicile, et le paiement des travailleuses et des travailleurs au niveau du salaire minimum sans avantages sociaux ou presque (Macdonald 2003). On s'achemine ainsi vers un accroissement du nombre de femmes dans la population active, mais aussi vers une dégradation des conditions de travail. Les normes de travail, le revenu et la situation professionnelle se dégradent à mesure que les femmes acceptent des concessions en échange de souplesse dans les conditions et les heures de travail.

En raison des effets de l'accroissement du commerce, les femmes ont obtenu une part croissante de nombreux types d'emplois, mais leur participation au marché du travail ne s'est pas accompagnée d'une redistribution des responsabilités à l'égard du travail domestique et ménager et du soin des enfants. Laura Macdonald (2003), écrivant au sujet des différences entre les sexes et de la politique commerciale canadienne, soutient : [*Traduction*] « Les stratégies de promotion des exportations peuvent donc absorber les

énergies des femmes à la fois dans la sphère de la production (où elles sont obligées d'arrondir le revenu familial ou de devenir le principal soutien économique), et dans celle de la reproduction (où elles sont obligées d'économiser en réduisant les achats de base de la famille) ». Les femmes demeurent désavantagées dans les nouveaux marchés du travail, du point de vue des salaires, de la formation et de la ségrégation des emplois. En outre, elles sont employées de façon disproportionnée dans les formes de travail utilisées pour maximiser les profits, accroître la productivité et la compétitivité dans l'économie du travail, et dans le travail temporaire, à temps partiel, occasionnel et à domicile.

Selon Moghadam (1999), la situation est pire ou meilleure d'après le type d'état et la vigueur de l'économie. Hassanali (2000) a insisté sur le fait que « de plus en plus, on doute des promesses de la libéralisation du commerce et on se demande si la croissance économique portée par le commerce extérieur, la privatisation et la déréglementation du marché, d'une part, et la réduction des interventions gouvernementales, d'autre part, ont amélioré la qualité de vie au Canada et ailleurs ». Même dans le monde en développement, de grands nombres de femmes actives sur le plan économique manquent de formation régulière, travaillent dans le secteur informel, n'ont pas accès à la sécurité sociale et vivent dans la pauvreté. Il existe aussi une documentation florissante sur le commerce en général, y compris le commerce des services de santé, que nous n'examinerons pas ici.

Néanmoins, un grand nombre des femmes handicapées que nous avons rencontrées nous ont fait part de leur manque de connaissances au sujet du commerce et de leur manque de confiance dans leur propre jugement quant à la façon dont les accords commerciaux internationaux avec les États-Unis influaient sur leur vie.

> *Il est nécessaire d'établir plus de contacts afin de communiquer aux femmes handicapées les renseignements sur le libre-échange et les politiques commerciales. Il s'agit là d'un seul aspect. Il est également nécessaire de ne pas oublier les questions qui ont des effets défavorables sur les personnes handicapées. Quelles sont les conséquences de la limitation du libre-échange à différents pays? Les femmes handicapées ont besoin de participer au processus d'élaboration des politiques concernant le libre-échange afin de s'assurer qu'on inclut les questions d'accès, qu'on n'y pense pas seulement après coup ou que nous ne sommes pas complètement laissées de côté. Nous devrions être partie intégrante du processus d'élaboration des politiques* (femme de Toronto appartenant à un groupe ethnoracial).

> *Les obstacles sont le manque de renseignements, le manque de communication quant à ce dont on a besoin et le manque de responsabilité. Il serait bon que le gouvernement établisse quelque chose (comme une règle type) concernant l'accès aux appareils et accessoires fonctionnels* (femme de Calgary).

Le manque de renseignements au sujet du commerce était étroitement lié à l'accès aux renseignements au sujet des services. Comme l'a fait remarquer (par l'intermédiaire d'une traductrice) une femme de Winnipeg appartenant à un groupe ethnoracial, il existe des

problèmes spécifiques aux femmes handicapées appartenant à un groupe ethnoracial, dont le manque d'accès aux renseignements dans une langue qu'elles peuvent comprendre.

> *En outre, il n'y a pas suffisamment de renseignements compréhensibles au sujet des droits des personnes handicapées, du système et des services canadiens accessibles aux personnes handicapées appartenant à des groupes ethnoraciaux et aux personnes handicapées, d'une façon générale. Il n'y a pas d'endroit où les femmes handicapées appartenant à des groupes ethnoraciaux peuvent se rendre pour obtenir des renseignements sur les droits, les services et le système canadien, à l'exception du programme ethnoculturel de la SMD [Society for Manitobans with Disabilities].*

Une autre femme, à Calgary, a fait remarquer qu'il est difficile d'obtenir des renseignements au sujet des aides techniques qui sont pertinents par rapport à sa région géographique.

> *La prestation des renseignements au sujet des fournisseuses et fournisseurs (pourrait être améliorée), et pourquoi le coût est-il si élevé? On peut trouver des renseignements dans Internet, mais cela souvent au sujet des fournisseurs situés aux États-Unis et dans l'est du Canada.*

3. LE COMMERCE DES APPAREILS ET ACCESSOIRES FONCTIONNELS ET DES AIDES TECHNIQUES

On entend par aides techniques les « objets, appareils ou systèmes, qu'il s'agisse de produits vendus dans le commerce ou de produits modifiés ou adaptés, qui sont utilisés pour accroître, maintenir ou améliorer les capacités fonctionnelles d'une personne handicapée[3] ». Dans l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités effectuée par Statistique Canada en 2001, on a défini les aides techniques ou les appareils et accessoires fonctionnels comme « les appareils spécialisés ou aides techniques qu'utilisent les personnes handicapées ou dont elles ont besoin pour effectuer les activités ou tâches quotidiennes » (Statistique Canada 2003). De nombreuses femmes handicapées utilisent des appareils et accessoires fonctionnels et des aides techniques dans leurs activités personnelles, dans leurs études, dans leur travail dans leurs loisirs et dans leur vie sociale.

Les aides techniques peuvent aider les femmes handicapées à accroître leur indépendance, à acquérir la confiance en soi et l'estime de soi, à améliorer la qualité de leur vie et à supprimer les obstacles, tout en leur fournissant les outils nécessaires pour profiter des possibilités d'emploi et d'études. En outre, les nouvelles aides techniques permettent aux femmes qui, auparavant, avaient besoin de soins à l'hôpital ou dans une maison de soins infirmiers de recevoir leurs soins à la maison. Par exemple, étant donné que l'oxygène est maintenant accessible dans de nombreux établissements de soins de longue durée ou à domicile, plus de femmes handicapées qui en ont besoin peuvent vivre dans la collectivité plutôt qu'à l'hôpital (Shapiro 1997). Mais il arrive souvent que l'appareil de base qu'on peut se procurer dans le commerce ne soit pas suffisant. Des aides informatiques adaptées, telles que les imprimantes en braille, les appareils de prise de notes portatifs et les logiciels de lecture d'écran sont des exemples de produits qui ne sont pas toujours accessibles aux femmes handicapées et, certes, pas toujours abordables (Barile 2001).

Dans le cas de certains progrès technologiques, ce qui a commencé comme technologie pour les personnes handicapées est devenu usuel. Par exemple, le logiciel d'entrée vocale a été créé pour les personnes ayant des déficiences physiques, mais un logiciel comme *Dragon Naturally Speaking* est maintenant utilisé par de nombreuses personnes qui préfèrent introduire leurs données avec leur voix plutôt qu'avec leurs doigts. L'accès accru peut faire baisser les prix de ce type de logiciel, mais il peut aussi créer de la confusion quant à ce qu'est la technologie d'aide.

Ce que nous savons sur les structures du commerce des appareils et accessoires fonctionnels

Les données sur le commerce illustrent certaines des complexités concernant les appareils et accessoires fonctionnels et les aides techniques. Seuls quelques appareils et accessoires particuliers sont inclus dans les classifications de marchandises et ils sont tous placés sous la rubrique de la technologie médicale (voir le tableau 1). Ces classifications des marchandises sont établies par Statistique Canada en collaboration avec le ministère des Affaires extérieures et du Commerce international (MAECI). Le Comité consultatif auprès du ministre de l'industrie sur la technologie d'aide a étudié la possibilité d'établir pour cette technologie

un nouvel ensemble de codes, détachés du système médical. Les codes existants (y compris leur statut commercial actuel) sont indiqués ci-dessous.

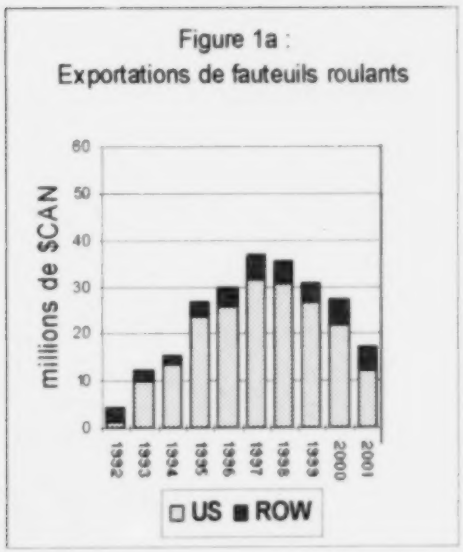
- Les fauteuils roulants (code des marchandises SH 8713) comprennent à la fois les types « avec mécanisme de propulsion » et les types « sans mécanisme de propulsion ». Ces produits étaient généralement assujettis à un droit à l'importation de 9,2 p. 100 avant l'entrée en vigueur de l'ALE, en 1989, et le droit devait être éliminé graduellement sur une période de 10 ans se terminant en 1999. L'Accord sur l'OMC accorde un traitement semblable en franchise de droits à d'autres pays.

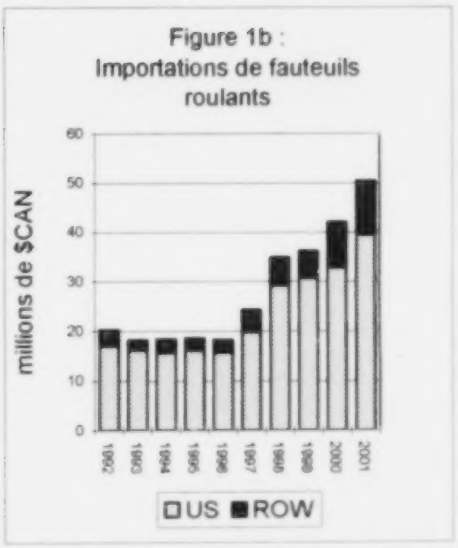
- Les appareils de mécanothérapie (SH 9019-20) comprennent un large éventail de produits, mais les plus importants en quantité sont les appareils d'oxygénothérapie. Ce dernier article était assujetti à un tarif à l'importation de 4,8 p. 100, lequel, en vertu à la fois de l'ALE et de l'Accord sur l'OMC, devait être éliminé graduellement sur une période de 10 ans se terminant en 1999.

- Les appareils orthopédiques (SH 9021) comprennent des marchandises allant des prothèses articulaires aux prothèses auditives et aux stimulateurs cardiaques. Les tarifs à l'importation variaient, mais ils se situaient généralement dans la gamme de 9 à 10 p. 100 et ils devaient être éliminés graduellement sur une période de 10 ans se terminant en 1999.

Étant donné que ces appareils et accessoires sont reconnus comme des appareils et accessoires fonctionnels, on les a inclus dans les accords commerciaux. Néanmoins, un grand nombre d'appareils et accessoires fonctionnels et d'aides techniques dont les femmes handicapées ont besoin dans leur vie quotidienne ne sont pas compris dans ces catégories, et ils n'ont pas été inclus dans les accords commerciaux. Ceux qui sont reconnus dans le code de classification reflètent les hypothèses médicales au sujet de l'incapacité où illustrent les pressions exercées avec succès en faveur de leur inclusion. Nous aborderons ce point dans une section ultérieure du présent document.

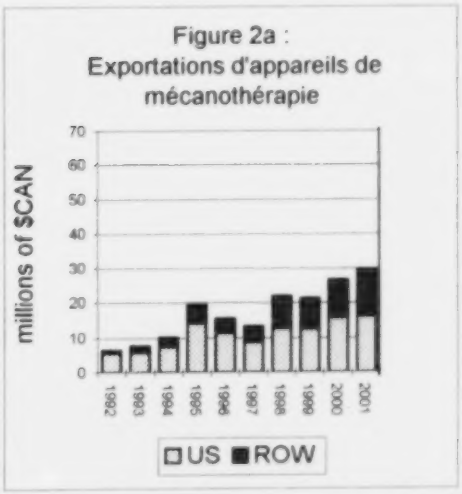
Quant aux appareils et accessoires fonctionnels qui sont actuellement inclus dans les données sur le commerce, nous pouvons constater plusieurs tendances au cours de la dernière décennie[4]. L'exportation des fauteuils roulants a été très faible au début de la période (moins de 10 millions de dollars), elle est passée à plus de 35 millions de dollars en 1997, et elle est ensuite tombée à moins de 20 millions de dollars à la fin de la période (figure 1a). En revanche, les importations se sont accrues constamment après 1997, passant d'environ 20 millions de dollars à 50 millions de dollars (figure 1b). Presque tout le commerce des fauteuils roulants du Canada se fait avec les États-Unis.

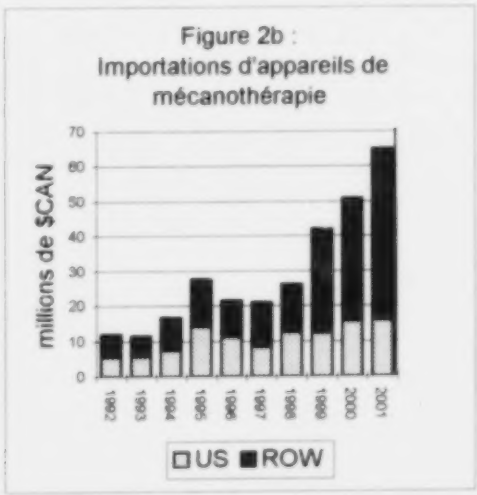




US = É.-U.; ROW = RDM

Les exportations d'appareils de mécanothérapie sont passées de moins de 10 millions de dollars à plus de 30 millions de dollars durant la décennie (figure 2a), tandis que les importations ont augmenté d'à peu près six fois, passant d'environ 10 millions de dollars à près de 70 millions de dollars (figure 2b). Fait étonnant, c'est le commerce avec le reste du monde (RDM) qui représente la majeure partie de l'augmentation.





US = É.-U.; ROW = RDM

La valeur du commerce des appareils orthopédiques a été beaucoup plus considérable que celle des autres appareils et accessoires fonctionnels. Les exportations ont connu une légère augmentation, passant à plus de 100 millions de dollars (figure 3a), et les importations ont à peu près doublé, passant à 500 millions de dollars (figure 3b). La plupart des exportations

sont destinées au RDM, tandis que les importations proviennent, dans une large mesure, des États-Unis.

Figure 3a :
Exportations d'appareils orthopédiques

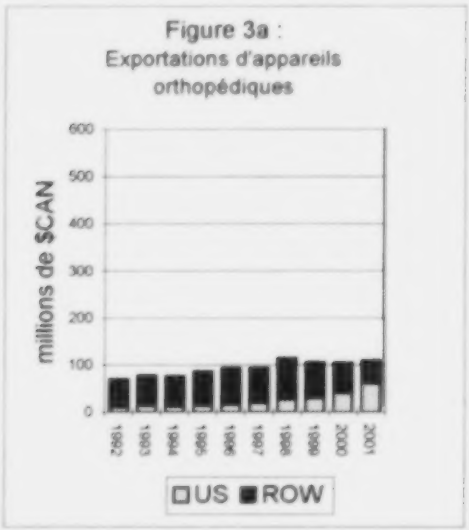
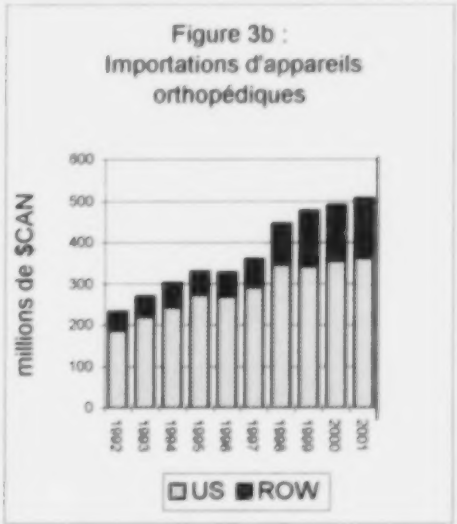


Figure 3b :
Importations d'appareils orthopédiques

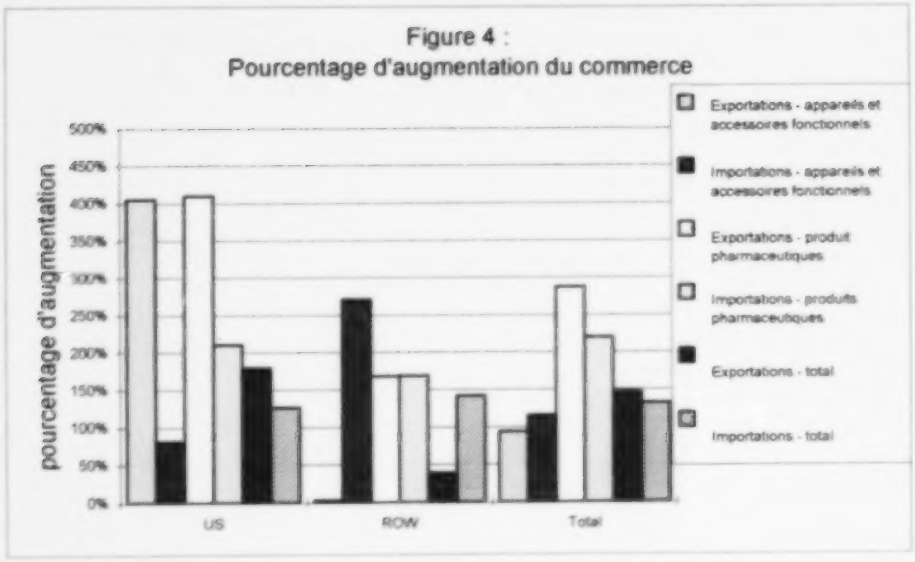


US = É.-U.; ROW = RDM

Si on considère les chiffres dans l'ensemble, la tendance la plus manifeste du commerce récent d'appareils et accessoires fonctionnels est l'important accroissement des importations et les exportations passablement constantes (figure 4). En raison de ce déséquilibre commercial, le déficit commercial du Canada (ou l'excédent des importations sur les exportations) concernant les appareils et accessoires fonctionnels est passé d'environ 150 millions de dollars à plus de 470 millions de dollars.

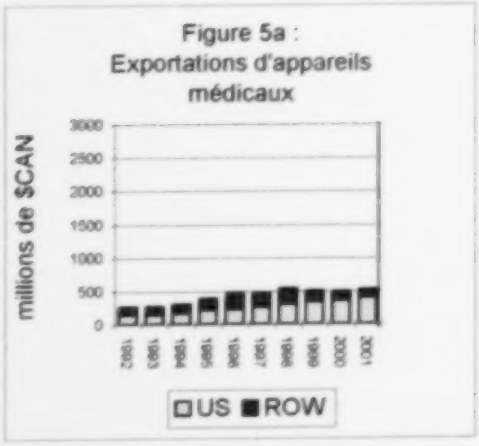
Il n'existe pas de renseignements sur les prix de ces appareils et accessoires fonctionnels. Bien que les importations croissantes puissent sembler indiquer la possibilité de prix réduits, nous ne pouvons tirer de conclusion sans les renseignements pertinents. Les personnes que nous avons interrogées qui vendent des aides techniques et du matériel informatique pour les personnes ayant des déficiences visuelles laissent entendre qu'il n'y a pas eu de changement dans les prix à la suite de la libéralisation du commerce.

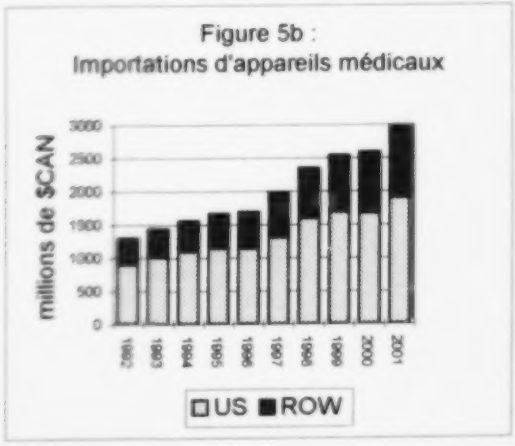
Les mêmes tendances se manifestent lorsque nous examinons les industries associées aux appareils et accessoires fonctionnels. Bien que ces appareils et accessoires soient produits par un grand nombre d'industries différentes, l'industrie le plus étroitement associée à ceux-ci est celle de la fabrication de fournitures et de matériel médicaux (aussi appelée SCIAN 339110 dans le Système de classification des industries de l'Amérique du Nord).



US = É.-U.; ROW = RDM

La valeur des exportations du Canada était relativement faible en 1992 (261 millions de dollars), mais elle avait doublé, passant à 521 millions de dollars, en 2001 (figure 5a). L'accroissement était attribuable presque exclusivement aux expéditions à destination des États-Unis. La valeur des importations du Canada s'est accrue rapidement, passant de 1,3 milliard de dollars à près de 3,0 milliards de dollars (figure 5b). Les importations en provenance tant des États-Unis que du reste du monde se sont accrues considérablement. Cependant, les importations en provenance du RDM ont augmenté le plus rapidement en pourcentage.





US = É.-U.; ROW = RDM

On peut mettre l'expansion des échanges commerciaux en perspective en considérant la taille du marché canadien et l'importance relative des importations. La consommation intérieure est passée de 1,8 milliard de dollars à 3,5 milliards de dollars (figure 5c), augmentant à peu près au même rythme que les importations, de sorte que la part du marché prise par les importations est restée à peu près la même. Cependant, une importante observation est que les importations représentent environ 70 p. 100 du marché canadien (figure 5d) et que ce taux est demeuré relativement stable depuis 1996.

Figure 5c :
Consommation intérieure, fournitures et appareils médicaux

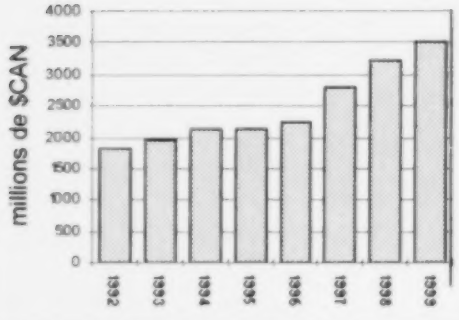
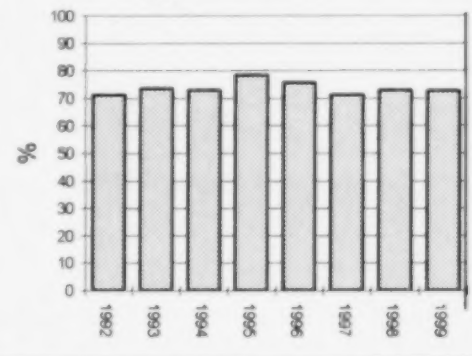


Figure 5d :
Part des importations, fournitures et appareils médicaux



Le recours important aux importations et les exportations limitées semble indiquer une industrie nationale relativement inefficiente. L'industrie canadienne est dominée par un grand nombre de petites et moyennes entreprises. En 1999, il existait environ 800 établissements qui employaient 2 275 personnes dans l'industrie de la fabrication de fournitures et matériel médicaux (Industrie Canada s.d.). Les grandes entreprises américaines et européennes semblent bénéficier d'un avantage concurrentiel important par rapport à leurs homologues canadiennes. Cela peut être attribuable à des mesures législatives progressistes, telles que l'*Americans with Disabilities Act* (1990), qui ont permis aux entreprises américaines d'acquérir une expertise et une capacité d'innovation qui leur donne la possibilité d'agir et de réagir avant tout le monde. Sans un soutien gouvernemental semblable à l'industrie canadienne, les entreprises nationales continueront vraisemblablement d'accuser un certain retard par rapport à leurs concurrentes internationales pour ce qui est de l'innovation et du développement de produits.

Les appareils et accessoires fonctionnels et les femmes handicapées

Dans les séances de groupes de discussion et les entrevues que nous avons eues avec des femmes handicapées à Toronto, à Halifax, à Calgary, à Winnipeg et dans l'île de Vancouver, plusieurs questions clés ont été soulevées à maintes reprises. Fait encore plus important, il y avait une disparité importante entre les femmes handicapées quant à la capacité d'avoir accès aux appareils et accessoires fonctionnels et aux aides techniques, selon la région où elles vivaient et selon la politique de leur province en matière de fourniture d'appareils et

accessoires fonctionnels[5]. Pour un grand nombre d'entre elles, les politiques provinciales créent les plus grands obstacles auxquels se heurtent les femmes désireuses d'avoir accès à la technologie adaptée ou aux aides à la vie quotidienne. Une participante de Winnipeg a fait remarquer ce qui suit :

> *Je trouve que, dans le cas des appareils et accessoires fonctionnels,*
>
> *les problèmes qui se présentent ne découlent pas tellement du commerce, mais plutôt des politiques qui existent dans nos provinces.*

Une chercheuse de Toronto a évoqué les mêmes obstacles.

> *Les accords de libre-échange internationaux ne sont pas la cause du problème. Les obstacles sont liés aux politiques interprovinciales et au commerce entre les provinces ainsi qu'au fait que chaque province a des politiques différentes à l'égard de l'accès aux appareils et accessoires fonctionnels. La plupart des évaluations des appareils et accessoires sont effectuées dans le cadre d'un modèle médical, lequel comporte des évaluations effectuées par des médecins, des thérapeutes, des travailleuses et travailleurs sociaux, etc. pour vérifier ce dont ont besoin les consommatrices et les consommateurs. Cela peut être plus coûteux que le simple fait d'accorder des subventions aux consommatrices et aux consommateurs pour leur permettre d'acheter les appareils et accessoires.*

Quant aux femmes qui ne sont pas admissibles aux programmes provinciaux ou qui vivent dans des provinces où il n'existe pas de programmes, elles doivent compter sur des régimes d'assurance privés, ou sur leurs propres revenus, qui, dans la plupart des cas, sont insuffisants, pour acheter les appareils et accessoires dont elles ont besoin.

Programmes d'appareils et accessoires fonctionnels ou autres programmes gouvernementaux

Au Canada, chaque province a une approche différente de la fourniture des aides techniques (voir le tableau 10). Un grand nombre de provinces et de territoires n'ont pas de programmes d'appareils et accessoires fonctionnels ou elles ont une série de programmes dispersés concernant des aides particulières.

L'Alberta, l'Ontario, la Saskatchewan, le Québec et l'Île-du-Prince-Édouard ont des programmes particuliers qui s'appliquent à un grand nombre d'appareils et accessoires fonctionnels. Le Programme des appareils et accessoires fonctionnels de l'Ontario est le plus complet. Il s'applique à toutes les personnes de la province, bien qu'il ne couvre que 75 p. 100 des coûts totaux et qu'il exige qu'on s'adresse à des agentes ou agents autorisés pour obtenir le matériel. Le programme de l'Alberta s'applique à toutes les personnes qui ont une incapacité chronique, mais il couvre un nombre plus limité d'appareils et accessoires. Le programme de l'Île-du-Prince-Édouard est le plus récent; il est individualisé, et il exige une contribution de la personne handicapée ou de sa famille au coût de l'appareil.

Néanmoins, même dans les provinces où il existe des programmes d'appareils et accessoires fonctionnels, les femmes handicapées continuent de se heurter à des obstacles. Cela est

attribuable au vaste éventail et à la diversité des programmes offerts au Canada et à la disparité considérable dans les possibilités d'accès convenable aux aides techniques. Un grand nombre de femmes ne connaissent pas les programmes gouvernementaux offerts. C'est particulièrement le cas des femmes handicapées appartenant à des groupes ethnoraciaux dont la langue maternelle n'est ni le français ni l'anglais.

> *Tout ce que j'ai besoin de savoir au sujet du système, je l'apprends habituellement après coup. J'ai payé pour mes propres béquilles pendant longtemps, car je ne connaissais pas le PAAF[Programme des appareils et accessoires fonctionnels]. Ensuite quelqu'un m'en a parlé* (femme handicapée de Toronto appartenant à un groupe ethnoracial).

La plupart des programmes gouvernementaux exigent un type quelconque d'évaluation des besoins de la personne handicapée par un professionnel de la santé. Comme l'a laissé entrendre une femme de Toronto appartenant à un groupe ethnoracial, cela peut prendre beaucoup de temps et occasionner des dépenses supplémentaires.

> *Pour obtenir mes appareils, j'ai dû présenter une demande au Programme des appareils et accessoires fonctionnels à l'égard de mon fauteuil roulant manuel et de mon triporteur. Je connaissais le programme, car j'avais obtenu mes béquilles par son intermédiaire. Le recours au programme devient de plus en plus difficile. J'ai appris qu'il faut faire effectuer cette évaluation. Une autre personne que votre médecin doit venir vous évaluer dans votre milieu. Cette personne doit être agréée pour effectuer ce genre de travail et elle doit décider de ce dont vous avez besoin. Cela est très bien, mais il faut prévoir la journée et l'heure où cette personne viendra et ensuite on exige de l'argent pour ce service (100 $ ou quelque chose comme cela). Il faut ensuite attendre les résultats. La personne qui effectue l'évaluation prend les documents et les soumet elle-même au PAAF. Ensuite, il ne reste plus qu'à attendre pour voir ce qui arrivera.*

Certains des appareils dont les femmes handicapées estiment avoir besoin ne sont pas considérés comme admissibles à un programme gouvernemental. Une participante de Halifax a décrit cette situation.

> *Il est terriblement, terriblement difficile de traiter avec les services sociaux. Je trouve difficile de m'affirmer et de leur faire savoir que j'ai besoin de ces articles. Cependant, il faut que je leur baise les pieds pour obtenir n'importe quel genre de service, particulièrement les filtres et tout le reste de la trousse.*

Une autre femme, à Winnipeg, a illustré la façon dont les appareils et accessoires dont une personne a besoin peuvent ne pas être considérés comme admissibles aux programmes gouvernementaux.

> *J'avais aussi besoin d'un appareil médical, mais pas pour des raisons médicales. Je ne peux pas laisser ma hanche descendre au-dessous d'un angle de 90 degrés lorsque je suis assise. J'ai dû soulever ma chaise dans le*

salon et aussi mon lit. Il m'a fallu me procurer des blocs de béton, que j'ai dû payer. Ils ont coûté moins de 25 $, ce qui ne présentait pas un gros problème, mais les services sociaux persistaient à dire qu'ils ne les couvriraient pas.

En outre, les responsables des programmes gouvernementaux travaillent de concert avec des vendeuses et vendeurs approuvés pour la fourniture d'appareils particuliers. Cela peut signifier un choix limité d'appareils et accessoires offerts. Au Manitoba, on fournit des fauteuils roulants aux personnes ayant des handicaps moteurs, mais la plupart de ces fauteuils roulants sont fabriqués par Everest-Jennings. Une participante du Manitoba a parlé des limitations.

Lorsque je me suis assise pour la première fois dans mon fauteuil roulant manuel, j'étais tombée souvent au cours de ma vie et mes épaules étaient très mauvaises, donc il était vraiment difficile pour moi de faire avancer mon fauteuil manuel. J'ai donc demandé expressément un fauteuil roulant plus léger; on a dit qu'on m'en donnerait un, mais il est tout aussi lourd que celui qu'on m'a donné à l'origine. Je veux dire par là qu'il est réellement lourd. En outre, je n'ai pas de fourgonnette,et je n'ai pas les moyens d'en acheter une. Donc, c'est réellement un problème pour mon mari que de me soulever pour m'aider à entrer dans la voiture et à en sortir... Ensuite, on se retrouve avec la SMD [Society for Manitobans with Disabilities], qui ne fournit pas de marchette; elle ne fournit pas de marchette, seulement un fauteuil roulant Everest-Jennings, qui est comme un poids à transporter, il est lourd. On ne peut pas avoir de fauteuil électrique si on en a un manuel.

En outre, les programmes gouvernementaux peuvent fournir un appareil générique plutôt qu'un appareil adapté précisément aux besoins de la personne. Une femme handicapée de Winnipeg appartenant à un groupe ethnoracial a décrit sa situation, avec l'aide d'une traductrice.

Le coût des attelles et du corset est couvert par l'aide sociale, mais il y a un manque de choix dans les types d'attelles et de corsets qu'elle peut acheter. Il n'y a pas beaucoup de types d'attelles et de corsets offerts et ceux que l'aide sociale couvre ne sont pas très durables. Le corset est trop grand pour elle et il n'y a pas d'autres choix offerts. On a demandé au vendeur s'il pouvait fabriquer un corset qui s'ajusterait mieux, mais il ne pouvait pas le faire dans les limites de ce que l'aide sociale couvrirait. Même s'il pouvait fabriquer quelque chose de plus convenable, on ne permet pas à [la participante] de retourner le corset qui ne fait pas, et elle n'a pas les moyens d'en acheter deux. Le port d'un vêtement trop grand pour elle lui cause des douleurs et lui rend plus difficile les déplacements. Une partie du problème peut être attribuable à la limitation des types de produits que l'aide sociale couvre et l'autre partie au fait que le vendeur achète un nombre limité de corsets, par exemple, parce qu'il achète en vrac. C'est un choix moins coûteux. La consommatrice ne savait pas si le vendeur achetait un nombre limité de corsets parce que cela lui coûterait moins cher, mais cela pourrait être un facteur qui explique le choix limité.

Les fonctionnaires que nous avons interrogés et qui étaient chargés des programmes provinciaux d'appareils et accessoires fonctionnels ignoraient, pour la plupart, les répercussions des accords commerciaux internationaux sur la capacité des personnes handicapées d'avoir accès à ces appareils et accessoires. Ils ont indiqué que, dans la mesure du possible, on essayait d'obtenir les appareils et accessoires et les aides techniques au Canada. Dans les situations où cela n'était pas possible, les produits étaient achetés des États-Unis. La majorité des appareils et accessoires étaient exonérés de droits, à l'exception d'articles comme les pièces de fauteuils roulants, par exemple les batteries. La raison en était que la population en général pouvait utiliser ces articles. La plupart des répondantes et répondants ont fait remarquer qu'ils retenaient les services de maisons de courtage pour faciliter l'entrée des appareils au Canada. L'un des critères du Programme des appareils et accessoires fonctionnels de l'Ontario était que ces derniers et les aides techniques devaient être achetés au Canada de fournisseuses et fournisseurs autorisés dans ce pays.

Couverture des appareils et accessoires fonctionnels par des assurances privées

Quant aux femmes handicapées qui ont un régime d'assurance-maladie privé, soit par l'entremise de leur employeur ou de leur conjoint, soit parce qu'elles ont les moyens d'en payer les coûts, elles peuvent être en mesure d'obtenir certains de leurs appareils et accessoires fonctionnels par l'intermédiaire de ce régime. Une femme de Toronto appartenant à un groupe ethnoracial a montré comment elle avait utilisé à la fois le Programme des appareils et accessoires fonctionnels du gouvernement et son régime privé pour répondre à ses besoins.

> *J'ai obtenu mon triporteur du Programme des appareils et accessoires fonctionnels (PAAF) et mon fauteuil roulant par l'intermédiaire de mon régime d'assurance-médicaments, car on ne peut obtenir qu'un seul article par l'intermédiaire du PAAF. J'ai dû payer la différence pour mon triporteur, car le PAAF ne paye que 75 p. 100. J'ai ainsi dû payer le reste. Le triporteur coûtait 4 000 $, mais le montant que j'ai dû payer n'était pas si élevé. Mon régime a payé 85 p. 100 du fauteuil roulant manuel et j'ai dû payer 15 p. 100. J'ai dû débourser énormément d'argent. Je n'avais pas le choix. Afin de conserver mon mode de vie — mon emploi, ma santé et tout cela, j'avais besoin de ces articles.*

L'achat d'appareils et accessoires fonctionnels

Cependant, la majorité des femmes avec lesquelles nous avons parlé devaient compter sur leur propre revenu pour acheter leurs appareils et accessoires fonctionnels. Le plus souvent, elles étaient limitées par le fait qu'elles n'avaient pas un revenu suffisant pour se procurer les appareils et accessoires dont elles avaient besoin. Mais d'autres obstacles, dont certains étaient liés au commerce, influaient aussi sur leurs choix d'appareils et accessoires fonctionnels.

Pour un grand nombre d'entre elles, il n'y avait pas beaucoup de choix au Canada. Ce qui était offert était très coûteux et il n'y avait pas beaucoup de concurrence entre les fournisseuses et fournisseurs. Pour cette raison, de nombreuses femmes handicapées estiment que leur seul recours consiste à acheter leurs appareils et accessoires fonctionnels des États-Unis. Une participante sourde et aveugle de Winnipeg en a donné un exemple particulier.

> *Nous n'avons qu'un seul choix de vibrateur pour entendre la sonnerie de la porte ou du téléphone. Je suis allée à une conférence aux États-Unis où on en recommandait un qui n'est pas vendu au Canada. Il existe un appareil vibrateur qui aide les personnes diabétiques et dont la vibration est moins intense. Il n'est pas vendu au Canada. J'ai essayé de persuader une personne de Winnipeg de le fournir, mais personne n'a accepté. Au Canada, on approuve l'utilisation de l'Alert Master, mais, aux États-Unis, on dit que le Silent Call est meilleur.*

Une autre participante au groupe de discussion de Winnipeg pour les femmes sourdes a donné une idée des difficultés éprouvées lorsqu'on veut acheter ses propres appareils et accessoires fonctionnels.

> *Lorsqu'on commande des appareils fonctionnels, ceux-ci sont terriblement chers. De nombreuses personnes âgées n'ont pas les moyens de se procurer ces types d'appareils. De plus, si on doit ajouter des articles aux appareils pour les faire fonctionner, le prix monte, même aux États-Unis. Il est nécessaire que le Canada songe à faire quelque chose afin qu'on puisse se procurer les appareils ici au lieu de les commander aux États-Unis.*

Certaines femmes handicapées perçoivent les accords commerciaux avec les États-Unis comme des obstacles à l'obtention de l'appareil fonctionnel le moins coûteux, même si ces accords n'imposent pas de droits sur les marchandises en provenance des autres pays.

> *Nous devrions pouvoir acheter des imprimantes en braille des autres pays. (Elles sont également fabriquées en Allemagne.) Lorsqu'il y a de la concurrence, les produits sont moins chers. Parce que nous sommes obligés d'acheter ces articles aux États-Unis, nous devons payer beaucoup plus. Il y a un manque de choix. Si on se rend à l'INCA [Institut national canadien pour les aveugles], tout provient des États-Unis. Étant donné que j'ai voyagé, je sais qu'on peut se procurer ces articles à meilleur marché dans d'autres pays. Si je voulais acheter quelque chose du Royal National Institute for the Blind, en Angleterre, je pourrais l'obtenir à meilleur marché moi-même, si je le commandais par Internet. Étant donné qu'il existe un accord commercial avec les États-Unis, nous devons payer des droits de douane de 100 p. 100 sur les articles en provenance des autres pays* (femme handicapée de Toronto appartenant à un groupe ethnoracial).

Les politiques commerciales, de concert avec l'industrie canadienne sous-développée des appareils et accessoires fonctionnels, continueront de rendre difficile pour les femmes handicapées l'obtention de ces appareils et accessoires à des prix abordables. Le gouvernement de l'Australie a reconnu un problème semblable dans sa propre industrie dans un rapport de 1990, dans lequel on formule des recommandations concernant le mécanisme le plus efficace pour la fourniture d'appareils et accessoires fonctionnels aux personnes handicapées. Selon la principale recommandation du comité permanent de l'industrie, si on réduisait l'intervention du gouvernement, la qualité et l'éventail des biens et services pourraient être améliorés, les délais d'attente réduits, et les coûts pour

les consommatrices et consommateurs diminueraient (comité permanent de l'industrie de l'Australie 1990)[6].

Lorsqu'elles achètent des appareils et accessoires fonctionnels des États-Unis, les femmes handicapées se heurtent à de nombreuses complications qui n'ont pas été résolues dans nos accords commerciaux. Comme l'a dit une femme de Winnipeg, les prix augmentent lorsqu'on doit payer les droits et les frais de douane et les frais de courtage.

> *Il existe un éventail de choix beaucoup plus vaste aux États-Unis que ceux auxquels nous pouvons avoir accès ici au Canada ou que ceux offerts par n'importe quel des établissements commerciaux. On doit payer les frais de courtage, les droits de douane et les taxes, même s'il s'agit d'un article prescrit. Par conséquent, si un article coûte autour de 40 $ aux États-Unis, cela ressemble au prix canadien, mais je veux dire qu'au moment où on le reçoit ici et, particulièrement, si on essaie de le commander individuellement, au moment où on le reçoit, il coûte près de 100 $.*

Une femme de Toronto a confirmé cette affirmation.

> *On peut tout obtenir, si on l'achète des Américains [des États-Unis], car il semble y avoir un plus vaste éventail d'articles offerts, mais s'il s'agit de produits vendus à partir des États-Unis, on ne peut obtenir de financement ni d'aide pour leur achat, de sorte que le coût est habituellement prohibitif, même si les produits peuvent être plus disponibles.*

Une autre femme de Winnipeg a exprimé cette opinion, contraire aux données sur le commerce décrites précédemment :

> *Il y a des droits de douane sur les appareils et accessoires fonctionnels, il devrait précisément y avoir une exonération de droits, car il y a des pays qui en ont une, ce qui est une caractéristique élémentaire du libre-échange.*

Une femme de Calgary a décrit la solution qu'elle a trouvée pour se procurer des appareils et accessoires fonctionnels en provenance des États-Unis.

> *Mon père a acheté la plupart de ces articles, car le financement est tellement difficile à obtenir. Je me suis rendue à une entrevue afin d'obtenir certains articles spéciaux, mais cela n'a encore rien donné — il s'agit d'un ordinateur pour mes cours au collège. Mon père est plus rapide, lorsqu'il s'agit de me procurer des articles. Il est plus coûteux de simplement les acheter et la qualité n'est pas la même qu'aux États-Unis. Parlons du logiciel, par exemple, un programme peut provenir des États-Unis et un du Canada. Le logiciel des États-Unis peut faire de meilleures choses, et le logiciel canadien ne vaut rien...cela dit, sans vouloir généraliser.*

En outre, les femmes handicapées ont certaines difficultés particulières lorsqu'elles achètent leurs appareils et accessoires fonctionnels des États-Unis. Une participante au groupe de personnes sourdes de Winnipeg a décrit ses préoccupations.

> *J'ai peur de commander un ATME [appareil de télécommunications pour malentendants] des États-Unis, car si quelque chose ne fonctionne pas, je devrai payer des frais de poste pour le retourner dans ce pays, même s'il est couvert par une garantie. Je n'ai pas le choix, je dois donc acheter un ATME au Canada, ce qui est très coûteux. Je voudrais que le Canada et les États-Unis demandent des prix égaux pour tous les appareils et accessoires.*

Une autre femme sourde de Winnipeg a exprimé l'avis que des normes différentes nuisent à son accès aux marchandises.

> *Les appareils et accessoires fonctionnels qui se vendent aux États-Unis doivent être approuvés au Canada, car ils ne sont pas approuvés par l'Association canadienne de normalisation (CSA). La plupart du temps, nous devons payer des frais de courtage pour vérifier si les appareils et accessoires ont été approuvés par la CSA. C'est une perte de temps. Lorsque nous commandons des États-Unis, l'article prend deux semaines ou plus à arriver en raison des frais de courtage et des droits de douane.*

Le commerce des appareils et accessoires fonctionnels et les recommandations de principe

L'accès des femmes handicapées aux appareils et accessoires fonctionnels est directement lié aux politiques commerciales. L'assimilation des appareils et accessoires fonctionnels à des appareils médicaux, l'absence d'une classification distincte pour les aides techniques, l'absence d'un lien entre les femmes handicapées et les appareils et accessoires fonctionnels dont elles ont besoin et le manque de renseignements au sujet des droits de douane, des frais de courtage et des taxes qui s'appliquent aux appareils et accessoires fonctionnels, voilà autant de facteurs qui nuisent à l'accès des femmes handicapées à ces appareils et accessoires.

Les appareils et accessoires fonctionnels sont classifiés, aux fins du commerce, comme de la technologie médicale. Cela a le double effet de contribuer à la médicalisation de l'incapacité et de placer les personnes handicapées qui doivent avoir accès à cette technologie dans la même catégorie que les hôpitaux, les établissements et les cliniques qui achètent de la technologie médicale. Il peut se révéler beaucoup plus difficile pour les particuliers que pour les établissements d'avoir accès à cette technologie. Le regroupement des appareils et accessoires médicaux et des appareils et accessoires fonctionnels au sein d'une seule classification a aussi pour effet de rendre obscure, tant pour les utilisatrices et les utilisateurs que pour les maisons de courtage qui gèrent les interactions commerciales, la façon de déterminer à quels appareils et accessoires il faut appliquer les droits de douane. En vertu des accords commerciaux, les appareils et accessoires fonctionnels ne sont pas passibles de droits, mais ce n'est pas le cas de certains appareils et accessoires médicaux et de certaines technologies médicales.

Une solution à cette confusion consisterait à créer une catégorie de classification distincte pour les appareils et accessoires fonctionnels et les aides techniques. Cela éliminerait la présomption selon laquelle tous les appareils et accessoires qui peuvent aider les personnes handicapées sont nécessairement médicaux. En outre, cela permettrait une certaine souplesse dans la détermination de ce qu'est la technologie d'aide et reconnaîtrait que différentes technologies peuvent avoir différentes fonctions. Une catégorie distincte ferait aussi en sorte qu'on n'appliquerait aucun droit de douane à l'ensemble des aides techniques, au lieu de faire des déterminations spéciales au sujet des technologies particulières, comme c'est actuellement le cas.

Lorsque nous reconnaissons que les aides techniques sont différentes de la technologie médicale, nous reconnaissons aussi que ce qu'on définit comme une aide technique est déterminé, dans une large mesure, par l'utilisatrice ou l'utilisateur ultime de cette aide. Par exemple, le logiciel de reconnaissance vocale peut être utilisé comme technologie de bureau par un médecin et, dans ce cas, il ne s'agit pas d'une aide technique. Toutefois, lorsque ce logiciel est utilisé par une personne atteinte de quadriplégie, il s'agit d'une aide technique. Pour gérer cette reconnaissance individualisée des aides techniques, un registre des personnes ayant besoin de ces aides, établi à partir des dossiers des personnes qui demandent le crédit d'impôt pour personnes handicapées, pourrait être tenu par l'Agence des douanes et du revenu du Canada (ADRC). Étant donné que l'ADRC répond actuellement sur une base spéciale aux demandes concernant des aides techniques, cette approche simplifierait et rationaliserait ce système. En outre, elle assurerait un meilleur accès grâce à des droits de douane réduits, des renseignements plus clairs sur ce que sont les aides techniques et l'inclusion de ces aides et des appareils et accessoires fonctionnels dont ont besoin les personnes handicapées et qui n'ont pas été inclus dans les codes de classification existants.

Ces obstacles peuvent donc limiter la capacité des femmes handicapées à participer pleinement à la société canadienne;

Comme l'a exprimé une femme de Toronto appartenant à un groupe ethnoracial :

> *S'il en coûte davantage pour obtenir des appareils et accessoires, tels que les béquilles, les fauteuils roulants ou quoi que ce soit, en raison du libre-échange, alors quelqu'un ferait mieux de surveiller la situation. En fin de compte, si je n'ai pas les moyens de me procurer un fauteuil roulant, je ne serai pas en mesure de travailler. Cela veut dire que je resterai à la maison et que je serai un fardeau pour le système seulement à cause des obstacles qu'il a créés lui-même.*

Les femmes handicapées ont répété à maintes reprises qu'elles étaient les mieux placées pour décider des appareils et accessoires dont elles avaient besoin, que ce soit dans le contexte des programmes gouvernementaux, des programmes privés ou de l'utilisation de leur propre argent.

Deux femmes de Winnipeg ont décrit leurs points de vue.

Je pense qu'il faut élaborer des politiques qui permettront aux femmes handicapées de déterminer pour elles-mêmes ce qui leur convient le mieux.

Je pense qu'il est important d'élaborer les politiques de manière à ce que les femmes handicapées estiment qu'elles exercent un contrôle sur leurs choix, en ce qui concerne l'obtention de leurs appareils et accessoires fonctionnels, de ce dont elles ont besoin pour surmonter leur handicap.

À partir de nos données, il est possible d'élaborer des recommandations particulières en matière de politiques commerciales. On a fait plusieurs autres propositions qui ne sont pas énumérées ici, car elles concernaient des domaines autres que le commerce.

1. Tous les appareils et accessoires fonctionnels et les aides techniques pour les personnes handicapées devraient être exonérés de droits de douane, de frais de courtage et de taxes.

2. L'Agence des douanes et du revenu du Canada (ADRC) devrait créer un registre des personnes qui reçoivent le crédit d'impôt pour personnes handicapées et utiliser ce registre pour approuver l'entrée en franchise de droits des marchandises destinées à chaque personne handicapée.

3. Statistique Canada devrait créer des codes de classification des marchandises distincts pour les aides techniques, à la suite de discussions participatives sérieuses avec la collectivité autoreprésentative des personnes handicapées.

4. Il est nécessaire d'assurer une plus grande harmonisation des normes entre les États-Unis et le Canada afin que les aides techniques achetées dans un pays puissent être utilisées dans l'autre.

5. L'ADRC devrait créer un site Web accessible et convivial, qui contiendrait des fiches d'information sur l'importation des aides techniques et sur les personnes handicapées.

6. L'ADRC et la Société canadienne des courtiers en douane (SCCD) devraient fournir des renseignements sur le rôle des maisons de courtage dans l'importation d'appareils et accessoires fonctionnels et d'aides techniques, sur les coûts associés à l'importation et sur la possibilité d'obtenir le remboursement des frais de courtage si les appareils et accessoires sont exonérés de droits.

7. Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux devraient coordonner un système d'information sur les aides techniques et les appareils et accessoires fonctionnels qui s'étendrait à tout le Canada, qui serait accessible et qui serait compréhensible par le grand public, les décisionnaires, le personnel des programmes, etc.

8. On devrait mettre en place des mécanismes pour permettre aux personnes handicapées et à leurs proches de demander le remboursement de la taxe sur les produits et services (TPS) exigée dans le cas des produits pour personnes handicapées importés des États-Unis au Canada. À l'heure actuelle, les professionnelles et les professionnels peuvent demander le remboursement de la TPS payée à l'égard de ces types d'articles,

tandis que les consommatrices et consommateurs et leurs proches ne peuvent pas le faire.

9. On devrait élaborer des mesures incitatives pour renforcer le secteur industriel canadien des aides techniques.

4. LE COMMERCE DES PRODUITS ET SERVICES DE SANTÉ

Les femmes handicapées sont d'importantes consommatrices de produits et services de santé et, à ce titre, elles ont un pouvoir d'achat considérable. Bien qu'on ne dispose pas de statistiques particulières montrant l'étendue de l'utilisation de ces produits et services, de nombreuses études, on décrit les personnes handicapées comme de « fortes utilisatrices » des services de santé (Batavia et DeJong 2001; DeJong 1997). À partir de l'Enquête nationale sur la santé de la population, McColl et Shortt (2002) ont déterminé que les personnes adultes âgées de 35 à 64 ans ayant des maladies et des incapacités chroniques sont les plus grandes utilisatrices de services de santé au Canada. En outre, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes indique que 24 p. 100 des personnes adultes handicapées ont affirmé que, durant les 12 mois précédents, elles n'avaient pas reçu tous les soins de santé dont elles avaient besoin (DRHC 2002). En comparaison, seulement 10 p. 100 des personnes adultes non handicapées ont affirmé qu'elles n'avaient pas reçu les soins dont elles avaient besoin. On ne dispose pas encore de statistiques sur l'utilisation des produits pharmaceutiques par les femmes handicapées, mais nous pouvons extrapoler que, vu leur utilisation des services de santé, il est probable qu'elles sont aussi de grandes utilisatrices de produits pharmaceutiques. Sous tous les angles, les femmes et les hommes handicapés comptent énormément sur le système de soins de santé. Par conséquent le commerce des produits et services de santé a des répercussions immédiates sur leur vie et leur santé.

Dans la présente section, nous examinons deux aspects du commerce des produits et services de santé : le commerce des produits pharmaceutiques et celui des services de santé.

Les structures du commerce des produits pharmaceutiques

À la suite des accords de libre-échange avec les États-Unis et l'Organisation mondiale du commerce, il s'est produit une élimination graduelle des droits de douane sur les produits pharmaceutiques importés au Canada. Pour cette raison, on se serait attendu à une baisse des prix des médicaments au Canada. Pourtant, cela ne s'est pas produit. Bien qu'il y ait eu un accroissement astronomique du commerce des produits pharmaceutiques au cours de la dernière décennie (figures 6a et 6b), il n'y a pas eu de baisse importante des prix. En fait, au cours de la dernière décennie il s'est produit une augmentation constante des dépenses relatives à tous les médicaments.

Figure 6a :
Exportations de produits pharmaceutiques

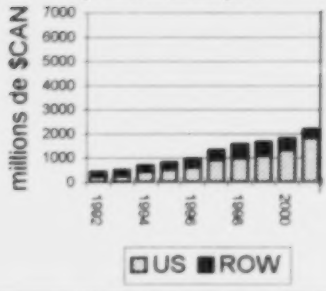
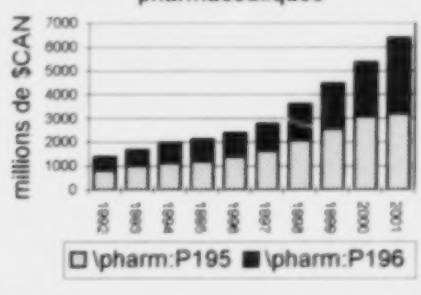


Figure 6b :
Importations de produits pharmaceutiques



US = É.-U.; ROW = RDM

Les révisions apportées à la politique du Canada en matière de médicaments brevetés expliquent l'expansion rapide du commerce. En réponse à l'escalade des prix des médicaments, en 1969, le gouvernement canadien a adopté une politique qui permettait aux entreprises fabriquant des médicaments de produire une version « générique » d'un médicament breveté. Bien que cette approche ait généralement été jugée efficace pour abaisser le coût des médicaments au Canada, le gouvernement a fait marche arrière, en 1987, à la suite de pressions visant à satisfaire aux dispositions de l'ALE et du GATT, lesquelles exigent une protection plus rigoureuse des droits de propriété intellectuelle. Les titulaires de brevets de médicaments se sont vu accorder de sept à dix ans de protection contre la concurrence des copies génériques et, en 1993, la période du monopole a été portée à jusqu'à 20 ans. La protection contre la concurrence des médicaments génériques a été justifiée par le motif que les profits de monopole constitueraient une incitation à une plus grande innovation et encourageraient davantage la recherche et le développement au Canada. D'autre part, les coûts potentiels devaient être améliorés par la mise sur pied du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB), lequel aurait le pouvoir de veiller à ce que les prix ne soient pas « excessifs » (Jones *et al.* 2001).

Créé en 1987, le CEPMB est un conseil fédéral indépendant quasi judiciaire qui établit et applique des lignes directrices déterminant les prix maximaux auxquels les fabricants peuvent vendre les médicaments d'origine (CEPMB 2000). Selon ces lignes directrices, les prix de lancement des médicaments « révolutionnaires » ne doivent pas excéder la médiane des prix des médicaments dans d'autres pays industrialisés. Grâce au système canadien d'établissement des prix, les prix des médicaments d'origine sont en moyenne de 38 p. 100 de moins que les prix exigés aux États-Unis (CEPMB 2000). Bien que la protection accrue des brevets puisse avoir porté préjudice aux entreprises nationales, la réglementation des prix effectuée par le CEPMB était conçue pour faire en sorte que la consommatrice ou le consommateur n'ait pas à assumer des coûts de médicaments plus élevés.

Certaines personnes ont soutenu que les accords commerciaux n'exigeaient pas que le Canada mette fin à ses politiques en matière de licence obligatoire et fasse ainsi augmenter les prix des médicaments. Au lieu de cela, ces analystes expriment l'idée que le gouvernement a apporté des modifications à la *Loi sur les brevets*, dont certaines par l'intermédiaire du

projet de loi C-91, et ne les a pas incluses dans les accords commerciaux. Par contre, d'autres soutiennent que les modifications apportées à la *Loi sur les brevets* dans le projet de loi C-91 ont été adoptées pendant que les préparatifs du Cycle d'Uruguay des négociations multilatérales du GATT étaient en cours.

> Le gouvernement fédéral a alors invoqué ces négociations et l'Accord de libre-échange entre le Canada et les États-Unis comme principale justification de l'élimination des licences obligatoires pour les médicaments génériques. On a soutenu que la législation du Canada en matière de brevets devait respecter les « nouvelles obligations internationales » concernant le traitement des droits de propriété intellectuelle (CTC 1997).

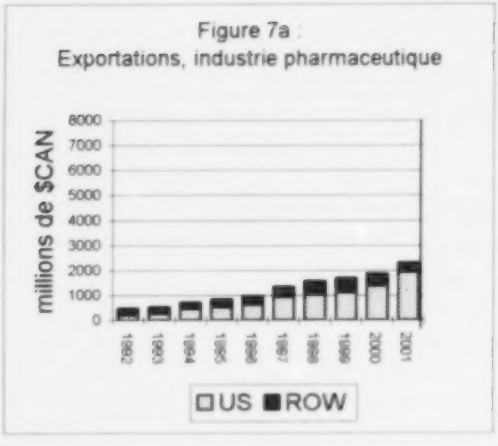
Le gouvernement a laissé entendre que les modifications apportées à la *Loi sur les brevets* dans le projet de loi C-91 étaient jugées nécessaires pour respecter les dispositions de l'ALENA concernant les droits de propriété intellectuelle.

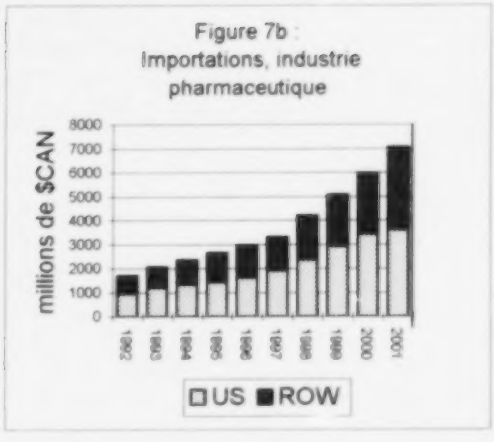
> En 1991, dans le cadre des négociations du GATT, on a publié le rapport Dunkel. Le gouvernement de l'époque a alors perçu clairement la direction donnée à la politique internationale sur la protection de la propriété intellectuelle. En effet, on s'orientait vers des périodes de protection par brevet de 20 ans à partir de la date de dépôt de la demande de brevet, et la discrimination selon le domaine technique n'était pas autorisée. Les médicaments ne pourraient donc pas faire l'objet de dispositions particulières (CTC 1997).

Dans son rapport de 2002, la Commission Romanow a fait la recommandation suivante :

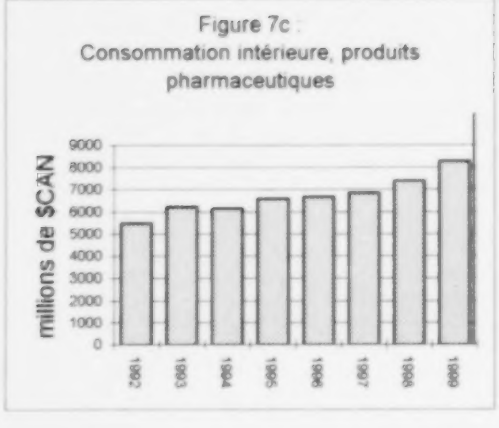
> Le gouvernement fédéral devrait examiner sans délai les pratiques de l'industrie pharmaceutique en ce qui concerne la protection des brevets, et en particulier la perpétuation des brevets (*evergreening*) et la réglementation sur les avis de conformité. Il faudrait chercher à déterminer s'il y a un bon équilibre entre, d'une part la protection de la propriété intellectuelle et, d'autre part, la nécessité de limiter les coûts et de donner aux Canadiennes et aux Canadiens un meilleur accès aux médicaments d'ordonnance non brevetés (Romanow 2002).

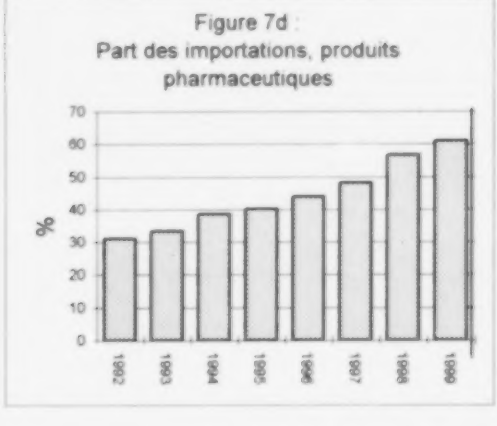
Étant donné que la majorité des nouveaux médicaments brevetés étaient produits à l'extérieur du Canada et qu'une forte proportion des médicaments génériques étaient produits dans ce pays, la prolongation de la période des brevets a eu pour effet un accroissement considérable des importations et une faible croissance de l'industrie nationale (figures 7a–7d).





US = É.-U.; ROW = RDM

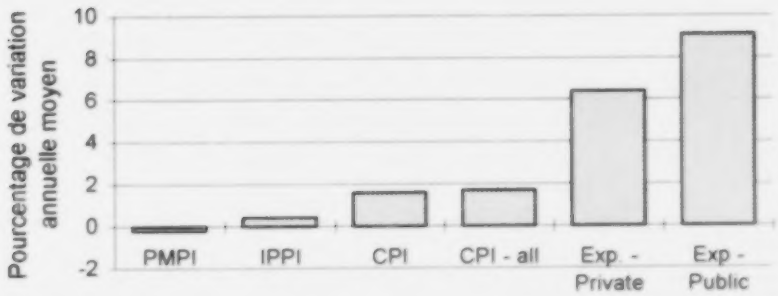




Les prix des médicaments au Canada — qu'on les mesure à partir du prix des nouveaux médicaments brevetés, du prix moyen de tous les médicaments produits au pays au niveau de l'usine, ou du prix moyen de tous les médicaments payés par les consommatrices et les consommateurs — sont demeurés remarquablement stables au cours de la dernière décennie, augmentant, d'une façon générale, à une cadence plus lente que le prix moyen de tous les biens et services vendus au Canada.

La figure 8 et les tableaux 7 et 8 de l'annexe résument le taux annuel d'augmentation des prix des médicaments et le taux d'augmentation des dépenses pour les médicaments au cours de la période de 1992 à 2001. Le prix des médicaments peut être mesuré selon trois différents indices : l'indice des prix des médicaments brevetés (IPMB), l'indice des prix des produits industriels (IPPI, soit le coût au départ de l'usine des médicaments produits au pays), l'indice des prix à la consommation pour les produits pharmaceutiques (IPC-PP) et l'indice des prix à la consommation (IPC) pour tous les biens et services. Cependant, la stabilité apparente des prix contraste fortement avec l'accroissement manifeste des dépenses de médicaments.

Figure 8 :
Variation des prix et des dépenses des médicaments



PMPI = IMPB; IPPI = IPPI; CPI = IPC; CPI-all = IPC – tous;
Exp.-Private = Dép. privées, Exp.-Public = Dép. publiques

Il s'est produit un accroissement marqué des dépenses de médicaments. Comme le montre la figure 8, les dépenses tant des consommatrices et consommateurs privés que des régimes d'assurance-maladie gouvernementaux se sont accrues à un taux alarmant au cours de la décennie. En fonction du nombre d'habitantes et d'habitants, les dépenses par consommatrice ou consommateur sont passées de 182 $ à 306 $ par année, tandis que les dépenses publiques ont plus que doublé, passant de 91 $ à 195 $ par année. Dans les deux cas, il s'est produit une augmentation importante du pourcentage que représentent les médicaments, dans les dépenses totales pour les soins de santé.

Cela montre qu'il s'est produit un changement radical dans la *composition* de la consommation des médicaments, en faveur des nouveaux médicaments brevetés et au détriment des anciens médicaments brevetés et des médicaments génériques. Comme Green Shield Canada (1998), une entreprise d'assurance privée, a été la première à le faire remarquer, une grande partie de ce changement dans la composition de la consommation des médicaments s'est produite en raison de l'habitude des médecins consistant à remplacer les anciens médicaments, moins coûteux, par des médicaments plus nouveaux et plus coûteux, ce qui a eu pour effet une augmentation du coût moyen des ordonnances.

En bref, les avantages promis aux consommatrices et aux consommateurs sous forme de réduction des prix grâce à l'élimination des barrières tarifaires ne se sont pas concrétisés. Bien au contraire, le prolongement de la période de protection des brevets de produits pharmaceutiques, fabriqués dans une large mesure à l'extérieur du Canada, a entraîné une augmentation spectaculaire du coût des médicaments pour les Canadiennes et les Canadiens, tant le coût des médicaments destinés à leur propre consommation que les coûts imposés aux régimes provinciaux d'assurance-maladie.

Les structures du commerce des services de santé

Dans le cadre de l'ALENA (chapitres 11 et 12) et de l'AGCS de l'OMC, le Canada a accepté plusieurs obligations particulières concernant le commerce international des services

et l'investissement dans ceux-ci. En outre, les négociations en cours du cycle de Doha des négociations multilatérales de l'OMC et de la ZLEA portent, dans une large mesure, sur l'élargissement de la portée du commerce des services, y compris dans des domaines comme les soins de santé et l'éducation.

Aux termes de ces accords, les entreprises canadiennes auraient un plus grand accès aux marchés étrangers, mais, en retour, le Canada devrait permettre l'entrée des entreprises étrangères. Cela place les intérêts commerciaux de ces entreprises directement en conflit avec de nombreux programmes sociaux financés par le gouvernement fédéral et les provinces et territoires et laisse planer la menace de l'érosion de la capacité de ces administrations à fournir ou à réglementer directement les services dans les secteurs de l'éducation et des soins de santé.

La vulnérabilité du système de santé public du Canada a fait l'objet de la plus grande attention à cet égard. Johnson (2002) fait remarquer que l'essentiel du système de soins de santé du Canada — les services couverts actuellement par les régimes provinciaux d'assurance-maladie — est protégée dans l'annexe A de l'ALENA, qui exempte ces régimes des engagements particuliers concernant l'accès des entreprises étrangères au marché. Il ajoute, toutefois, que l'annexe I constitue une « voie à sens unique » : la capacité du gouvernement de s'étendre dans des secteurs actuellement servis par des productrices et des producteurs privés est entravée, tandis qu'en cas d'érosion de la couverture publique, les dispositions de l'ALENA (et de l'AGCS) concernant le « traitement national » et l'« accès au marché » entrent en vigueur. En d'autres termes, si les pressions financières constantes exercées sur la capacité des gouvernements provinciaux à maintenir un niveau adéquat de services de santé entraînent d'autres réductions de la protection accordée par les régimes provinciaux d'assurance-maladie et une privatisation accrue de certains services, les entreprises étrangères doivent se voir accorder le même traitement que les fournisseuses et fournisseurs nationaux dans la concurrence pour la prestation des services privés. Cela signifie que les gouvernements seraient dans l'impossibilité d'exercer une discrimination en faveur des hôpitaux et des autres prestataires de services à but non lucratif au détriment des établissements à but lucratif. Selon l'avertissement de Johnson (2002), « les accords de libéralisation du commerce soulèvent plus de difficultés qu'ils n'offrent de possibilités ».

Ces changements représentent des menaces futures, lesquelles découlent des accords commerciaux, pour le programme de soins de santé du Canada. Cependant, les statistiques du commerce actuel ne montrent aucun de ces changements, bien que, comme semblent l'indiquer les figures 9a et 9b, il s'est produit une augmentation considérable du nombre de voyages que les Canadiennes et les Canadiens font aux États-Unis pour obtenir des services liés à la santé. Mais les accords commerciaux illustrent les pressions exercées en faveur d'une plus grande privatisation des services, lesquelles ont conduit et continuent de le faire à l'entrée des entreprises étrangères dans l'industrie des soins de santé. À mesure que les provinces ferment des lits d'hôpitaux, retirent différentes formes de soins et de médicaments des régimes publics d'assurance-maladie et donnent en sous-traitance des services allant de la préparation des aliments aux soins à domicile, les dispositions de l'ALENA et de l'AGCS concernant le « traitement national » et l'« accès au marché » obligent le Canada à permettre l'entrée des entreprises étrangères dans l'industrie. En accroissant les pressions exercées en faveur d'un système de santé privé, la libéralisation du commerce intensifie l'insécurité

économique des membres les plus vulnérables de la société en les obligeant à entrer en concurrence sur le marché pour obtenir les services de santé dont ils ont besoin.

Figure 9a :
Exportations de voyages liés à la santé

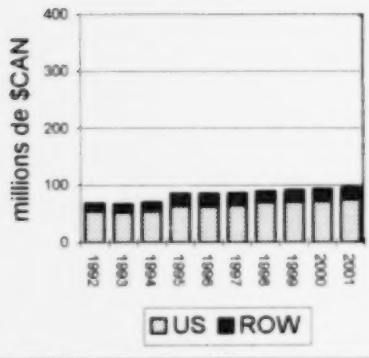
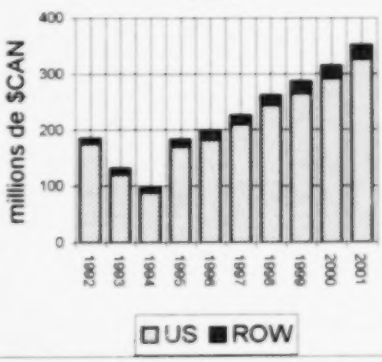


Figure 9b :
Importations de voyages liés à la santé



US = É.-U. ; ROW = RDM

Le commerce des produits et services de santé et les femmes handicapées

Les femmes handicapées qui ont participé à la présente étude avaient beaucoup de choses à dire au sujet de la mesure dans laquelle les prix des médicaments avaient des répercussions sur leur vie et au sujet de certaines questions commerciales liées aux produits pharmaceutiques. Cependant, la plupart d'entre elles n'avaient pas eu recours à des services de santé privés. Cela en soi, renforce les tendances indiquées ci-dessus, selon lesquelles, bien qu'il plane une menace sur les services de santé en vertu des accords commerciaux, il ne s'est pas encore produit de privatisation importante.

Les médicaments et les femmes handicapées

Les coûts des médicaments et de la protection par les régimes publics d'assurance-maladie étaient les deux questions les plus névralgiques pour les femmes avec lesquelles nous avons parlé. Pour certaines, dont une femme de Toronto appartenant à un groupe etchnoracial, la protection accordée par un régime d'assurance-maladie déterminait les médicaments qu'elle pouvait utiliser.

> *Je n'utilise que des médicaments couverts par le RAMO [Régime d'assurance-maladie de l'Ontario]. Si un médicament prescrit n'est pas couvert, je dois le remplacer par un autre médicament qui est couvert.*

Une femme de Halifax a fait remarquer que la Nouvelle-Écosse ne couvrait pas complètement ses frais de médicaments.

> *De tous les médicaments que j'ai essayés, il n'y en a qu'un seul que je peux utiliser et il n'est pas couvert complètement par le MSI [Régime d'assurance-médicale] et il me coûte cher; il y a deux médicaments qui me*

> *coûtent presque 50 $ par mois que je dois débourser et qu'on ne couvre pas, et ce montant est énorme pour mon budget.*

Dans le cas d'une femme autochtone de Halifax, une partie, mais pas la totalité, de ses médicaments sont couverts par le régime fédéral pour les Autochtones.

> *J'ai des médicaments, mais je ne sais pas quels rapports ils ont avec le commerce. Ce sont des médicaments dont j'ai besoin et qui ne seront pas payés par les services communautaires, mais j'ai la chance d'être d'origine autochtone, de sorte que cela me permet d'obtenir quelque chose à cause de mon statut. Mais il y a des médicaments qui seraient utiles et qui ne seront pas payés du tout.*

Il y a avait une disparité considérable entre les coûts des médicaments lorsque les femmes handicapées étaient employées au lieu de bénéficier d'un programme gouvernemental de soutien du revenu. Dans le cas des femmes handicapées bénéficiant des programmes provinciaux d'aide sociale, les médicaments d'ordonnance sont habituellement couverts. Tel n'est pas le cas pour celles qui reçoivent un revenu sous forme de prestations de pension ou de prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada. Dès que les femmes handicapées se joignent à la population active, elles perdent habituellement cette protection et ajoutent des dépenses considérables à leur vie.

> *Il faut parfois être une personne recevant de l'aide sociale, par exemple, pour bénéficier d'une couverture quelconque des médicaments, tandis que si on est une personne handicapée qui travaille, et nous savons ce que c'est, on est une travailleuse ou un travailleur à faible revenu. Comment alors peut-on avoir les moyens d'acheter ses médicaments et tous les articles dont on a besoin* (femme de Winnipeg)?

Mais le fait d'accepter de l'aide d'un programme gouvernemental pour l'achat des médicaments peut présenter des inconvénients. Une femme de Halifax a laissé entendre qu'elle devait acheter des médicaments plus anciens et moins efficaces, si elle voulait que ses médicaments continuent d'être couverts.

> *Je n'ai pas recours aux services de santé privés, car je n'en ai pas les moyens, c'est ce qui m'en empêche, mais je le pourrais certainement si j'avais de l'argent. À l'heure actuelle, je travaille et je paye toutes mes factures et le reste, mais mes médicaments sont payés par les services communautaires, et si je gagne plus que ce qu'on aurait budgété pour moi auparavant lorsque les services communautaires payaient mon loyer, ma nourriture et mes médicaments, tout cela ensemble, si je gagne plus que cela, je vais finir par devoir payer mes médicaments, qui coûtent 300 $ par mois, tandis que si je continue à gagner juste un peu d'argent, ils continueront de les payer. Mais il y a des moments où, par exemple j'ai besoin de médicaments pour le cholestérol et je ne peux pas obtenir les meilleurs, car, eh bien, je le pourrais si je pouvais les payer, donc, maintenant, j'utilise des médicaments plus anciens qui ne sont pas aussi*

bons, mais qui sont couverts, ainsi, mes choix sont assez limités pour cette raison.

En raison de cette disparité, un grand nombre de femmes handicapées estiment qu'elles n'ont pas d'autre choix que de se tenir à l'écart de la population active pour faire en sorte que les coûts de leurs médicaments soient couverts par l'assurance.

Une femme handicapée de Winnipeg a laissé entendre que les modifications apportées à la législation sur les brevets dans le cadre des accords commerciaux ont rendu sa situation beaucoup plus difficile.

Parce que je travaille, et ici c'est encore l'histoire de la travailleuse à faible revenu, parce que je travaille, je n'ai pas accès aux médicaments gratuits ni à quoi que ce soit. Certains des nouveaux [médicaments] qui ont moins d'effets secondaires sont plus coûteux que ceux qu'on avait l'habitude de prescrire ou qui sont plus anciens. Ici encore, on est aux prises avec la législation sur les brevets et, par conséquent, il se peut qu'ils ne soient même pas couverts. Il y a des médicaments très particuliers, du moins selon mon expérience, dont j'ai besoin parce qu'ils sont liés expressément à mon handicap et qui sont très, très coûteux et souvent ne sont pas couverts. Je dois y renoncer... je les remplace par des médicaments qui sont peut être moins efficaces où je n'en prends pas du tout et j'essaie de m'adapter, de m'en passer durant une semaine, car je n'ai pas les moyens de les payer durant cette semaine, étant donné qu'ils coûtent 200 $ par mois, et que cela a des répercussions sur ma vie quotidienne.

Le commerce influe non seulement sur le prix, mais aussi sur la perception de l'accès aux médicaments appropriés, dans le cas de certaines femmes handicapées. De l'avis d'une femme de Winnipeg, pour obtenir ce dont elle avait besoin, elle devait passer la frontière.

Je souhaiterais que, étant donné nos accords commerciaux, il puisse y avoir, en quelque sorte, une meilleure circulation des médicaments qui sont acceptés au Canada, et je vais vous donner un exemple. Vu mon handicap... j'ai beaucoup de migraines, énormément de migraines. Il s'agit d'un médicament que je peux acheter en vente libre aux États-Unis et il est absolument extraordinaire, car si je ne l'avais pas, il y aurait beaucoup de jours où je ne serais pas capable de travailler, par exemple tous les deux jours de ma vie. Par conséquent je dois me rendre aux États-Unis et, alors, j'achète la plus grosse bouteille possible.

Pour une autre femme de Halifax, l'obtention des médicaments des États-Unis présentait des obstacles, mais elle ne savait pas exactement quels étaient les obstacles au commerce.

Il y a un médicament dont j'ai besoin qui est en vente aux États-Unis, mais pas au Canada. On ne peut pas l'acheter au Canada, on peut se rendre aux États-Unis et en acheter une certaine quantité pour son usage personnel et la

> *rapporter, mais on ne peut pas commander ce médicament par la poste, pour une raison qui a rapport aux douanes.*

L'accès aux médicaments appropriés pour les femmes handicapées comprend non seulement l'accès du point de vue des coûts, mais aussi la disponibilité des médicaments appropriés dans le système de santé canadien ou, à tout le moins, au-delà de la frontière américaine. Comme le montre le cas de la femme de Winnipeg, il existe des processus d'approbation des médicaments différents au Canada et aux États-Unis. Cela signifie que certains médicaments peuvent être disponibles dans un pays, mais pas dans l'autre. Certaines personnes peuvent soutenir qu'il ne s'agit pas là d'une question de politique commerciale. Néanmoins, comme le font remarquer les femmes, si nos politiques commerciales reconnaissaient et reflétaient les disparités dans l'accès pour les femmes et les hommes handicapés, il faudrait qu'elles tiennent également compte des disparités dans les processus d'approbation des médicaments.

La privatisation des services de santé et les femmes handicapées

La plupart des femmes handicapées avec lesquelles nous avons parlé n'avaient pas fait l'expérience de la privatisation des services de santé. Mais, comme l'a fait remarquer une femme de Winnipeg, cela ne veut pas dire qu'elles ne la voient pas venir à la suite des accords commerciaux.

> *Ma compréhension de la question est qu'il y a eu des pressions exercées par certaines entreprises médicales des États-Unis qui désirent s'installer au Canada et qui affirment que, étant donné que nous avons le libre-échange, elles devraient pouvoir venir tout simplement s'installer et qu'autrement, il s'agit d'une pratique commerciale déloyale.*

Cela ne signifie pas non plus que les femmes soient d'accord sur la privatisation ou la privatisation éventuelle des soins de santé, selon une femme de Toronto appartenant à un groupe ethnoracial.

> *Je n'ai jamais eu recours à des soins de santé privés, Dieu merci! Si nous payons pour les soins de santé par l'intermédiaire de nos impôts, pourquoi devrions-nous avoir recours à des soins de santé privée? Quelque chose doit aller mal ou manquer dans notre façon de procéder. Si on doit recourir aux soins de santé privés parce qu'on ne peut pas utiliser le système public, il devrait y avoir une limite sur le montant qu'on paye pour les soins. Le gouvernement devrait couvrir la majeure partie du coût. Si j'ai besoin d'un service qui n'est pas offert dans le cadre du système public, quels autres choix ai-je, en particulier du point de vue de la santé? Il n'est pas juste que je finance les soins de santé publics et que je doive ensuite payer des montants supplémentaires pour des soins de santé privés. Il y a là quelque chose qui manque.*

Une femme de Toronto appartenant à un groupe ethnoracial soutient que les politiques commerciales mises en oeuvre par le gouvernement fédéral influent sur les politiques du gouvernement provincial et des administrations locales, lesquelles ont, à leur tour, des répercussions sur sa vie.

> *Les politiques gouvernementales à l'égard des États-Unis influent sur les organismes locaux. C'est un cycle. On élabore une politique puis on la transmet aux organismes locaux, qui les transmettent, à leur tour, à leurs clientes et clients. Un seul effet déclenche tout.*

Un grand nombre des femmes handicapées reconnaissent aussi que, pour continuer à participer à la vie sociale, elles auraient besoin qu'on leur fournisse des soins de santé uniformes. Comme l'a dit une femme de Calgary, il existe une certaine crainte que la privatisation ne crée encore plus d'obstacles à l'accès aux soins de santé.

> *La privatisation établit un régime à deux vitesses dont le personnel et les employeuses et employeurs devront assumer les coûts... Un tel régime peut présenter une couverture très limitée quant aux médecins que vous pouvez consulter. Je préférerais voir l'argent demeurer investi dans le système de santé public.*

Bien que la privatisation des produits et services de santé n'ait pas été un grave problème à ce moment là, les femmes handicapées ont fait savoir clairement que la plupart d'entre elles n'étaient pas intéressées à perdre leur système de santé public.

Le commerce des produits et services de santé et les recommandations de principe

En ce qui concerne les femmes handicapées, l'augmentation des prix des produits pharmaceutiques liée à l'adhésion du Canada aux accords commerciaux internationaux et le mouvement en faveur d'une privatisation accrue des services de santé sont deux facteurs qui ont eu des répercussions considérables.

En tant qu'importantes utilisatrices de produits pharmaceutiques, de nombreuses femmes handicapées sont confrontées à des coûts mensuels énormes pour l'achat de leurs médicaments. Un grand nombre d'entre elles comptent sur les programmes publics, y compris l'aide sociale provinciale, pour couvrir ces coûts. Mais, dans la plupart des provinces, l'admissibilité à ces programmes est limitée aux personnes incapables de travailler. En conséquence, les femmes handicapées qui ont à assumer des coûts de médicaments élevés doivent soit demeurer à l'écart de la population active et recourir à l'aide gouvernementale pour l'achat de leurs produits pharmaceutiques, soit se joindre à la population active et faire partie des « travailleuses à faible revenu » — qui utilisent une forte proportion de leur revenu pour payer les coûts de leurs médicaments. Cette absence d'aide au paiement des coûts des médicaments constitue pour de nombreuses femmes handicapées une désincitation à travailler et renforce l'idée qu'elles ne peuvent pas être des membres productifs de la société canadienne, même si beaucoup d'entre elles choisiraient de travailler si elles bénéficiaient des mesures de soutien appropriées.

L'incertitude au sujet de l'avenir des services de santé publics a aussi eu des répercussions sur les femmes handicapées. Les femmes avec lesquelles nous avons parlé ont dit que les services de santé privés ne prennent pas encore une place importante dans leur vie, mais elles se préoccupent au sujet de ce qui arriverait si elles commençaient à perdre certains des éléments du système de soins de santé qui leur apportent actuellement un soutien important. La possibilité future de soins de santé privatisés, au moment où les personnes handicapées

manifestent un intérêt accru pour la gestion de leurs propres soins, laisse ces dernières plus vulnérables face aux forces du marché, pour ce qui est de l'obtention de leurs soins, et peut saboter ou réduire encore davantage les programmes publics.

En raison de ces préoccupations, les femmes ont cerné plusieurs domaines dans lesquels il faudrait poursuivre l'élaboration de politiques.

10. Lorsqu'il élabore des politiques commerciales, le ministère des Affaires étrangères et du Commerce international (MAECI) devrait reconnaître les problèmes de manque d'accès créés par la disparité des coûts des produits de santé entre le Canada et les États-Unis, et créer un mécanisme approprié pour corriger cet écart, à l'intention des personnes handicapées qui ont besoin de ces produits.

11. Le MAECI devrait veiller à ce que, dans le cadre des politiques commerciales existantes et en cours d'élaboration, on mette en place des normes d'accessibilité communes (y compris la prestation des services d'interprètes dans les établissements de soins de santé d'urgence) qui viennent appuyer la législation nationale existante.

12. Le MAECI devrait faire en sorte que les accords commerciaux internationaux, tant les accords existants que les accords à venir, ne désorganisent pas l'accès aux soins à domicile financés par le gouvernement.

13. Les entreprises des États-Unis qui vendent des produits de santé et des appareils et accessoires fonctionnels devraient être encouragées à établir des concessions au Canada afin d'accroître l'accessibilité et l'abordabilité de ces articles pour les consommatrices et les consommateurs.

5. L'ACCÈS AUX RENSEIGNEMENTS SUR LE COMMERCE ET AUX SERVICES POUR LES FEMMES ENTREPRENEURES HANDICAPÉES

La situation économique et les goûts personnels d'un grand nombre de femmes handicapées peuvent les amener à considérer l'entrepreneuriat comme un choix valable. Comme l'a montré Gail Fawcett (1999), les femmes handicapées connaissent des taux de pauvreté plus élevés que les femmes non handicapées et que les hommes, handicapés ou non. Une proportion importante des femmes et des hommes handicapés restent complètement à l'écart de la population active. En 1993 et 1994, plus de la moitié (56,8 p. 100) des femmes handicapées en âge de travailler sont demeurées hors de la population active rémunérée pour toute la période de deux ans, contre seulement 15,3 p. 100 de femmes non handicapées. Les femmes handicapées gagnent habituellement moins que les femmes non handicapées ou les hommes handicapés. Les femmes et les hommes handicapés sont plus susceptibles d'être les seules personnes à gagner le revenu familial que les femmes et les hommes non handicapés. Près d'une femme handicapée sur dix est une mère seule (Fawcett 1999). Pour les femmes et les hommes handicapés, l'emploi dépend souvent des attitudes des employeuses et employeurs et de leur consentement à s'adapter à la situation des personnes handicapées (Bunch et Crawford 1998). Cela a amené un nombre croissant de femmes handicapées à considérer le travail autonome comme un choix valable.

De plus en plus de femmes relèvent les défis et profitent des possibilités de l'entrepreneuriat. En 2000, les femmes entrepreneures avaient une participation majoritaire dans 15 p. 100 (et un certain degré de participation dans 45 p. 100) des petites et moyennes entreprises du Canada (Industrie Canada 2003). Cependant, les statistiques sur le nombre de femmes handicapées qui sont des travailleuses autonomes sont presque inexistantes. Dans un examen de la documentation (Neufeldt *et al.* 1999), on n'a découvert qu'une seule étude concernant les femmes handicapées et le travail autonome. En mai 1996, Employment Action (une société à but non lucratif) a effectué une recherche sur les femmes entrepreneures handicapées pour la Women's Enterprise Society of British Columbia. Les principaux objectifs du projet étaient de sensibiliser les femmes handicapées aux mesures d'appui et aux services généraux aux entrepreneures et entrepreneurs effectuant du travail autonome, lequel était considéré comme un choix viable, et d'élaborer des stratégies pour soutenir ces personnes. L'étude ne fournissait aucune statistique sur le nombre de femmes handicapées au Canada et en Colombie-Britannique qui étaient des travailleuses autonomes à l'époque et, à la connaissance des chercheuses et chercheurs du Centre Canadien d'études sur le handicap, aucun suivi n'a été effectué par la Women's Enterprise Society of British Columbia.

En mai 1997, le Network for Entrepreneurs with Disabilities (NEWD) a effectué une étude auprès de ses 171 membres afin de mettre à jour ses renseignements sur les obstacles auxquels se heurtent les entrepreneures et entrepreneurs handicapés et de formuler des recommandations afin d'éliminer ces obstacles (NEWD 1998). Sur les 61 réponses reçues, 31 p. 100 provenaient de femmes handicapées. Les répondantes et répondants désiraient l'indépendance, la compréhension et le respect, l'élimination des désincitations à exercer un travail autonome, en particulier à temps partiel, et de l'aide pour obtenir l'égalité des chances avec les entrepreneures et entrepreneurs non handicapés. Des recommandations étaient formulées à ces égards.

L'entrepreneuriat pour les personnes handicapées et les femmes a été soutenu par le gouvernement fédéral et les provinces et par des organismes du secteur privé. Par exemple, le ministère de la Diversification de l'économie de l'Ouest finance des prêts aux entreprises et des programmes de formation afin d'aider les entrepreneures et entrepreneurs handicapés qui vivent dans les régions urbaines et rurales des provinces de l'ouest à fonder et à lancer leurs propres entreprises, tandis que l'Agence de promotion économique du Canada Atlantique finance le NEWD, en Nouvelle-Écosse, afin qu'il offre des mesures d'appui semblables. Le Réseau national pour la santé mentale aide les personnes ayant des troubles du psychisme qui désirent travailler à leur propre compte et le Fonds d'intégration de Développement des ressources humaines Canada a soutenu des projets liés à l'entrepreneuriat. Des associations d'entrepreneures et d'entrepreneurs handicapés, telles que le Network of Entrepreneurs with Disabilities Manitoba et le NEWD, ont aussi été créées. Des ressources génériques, telles que les centres de services aux entreprises du Canada et les centres de services pour les femmes entrepreneures, ont commencé à accroître l'accessibilité de leurs services pour les personnes handicapées. Cependant, les participantes aux groupes de discussion ont fait remarquer que les ressources en entrepreneuriat pour les personnes handicapées ne répondaient pas aux préoccupations particulières des femmes entrepreneures handicapées.

Les entrepreneures et entrepreneurs qui s'intéressent au commerce peuvent avoir accès à des ressources par l'intermédiaire du Service des délégués commerciaux du Canada, lequel comprend une section spéciale appelée « Les Femmes d'affaires et le commerce ».[7] Notre analyse de ce site indique qu'il ne traite pas des questions qui préoccupent particulièrement les femmes handicapées. En outre, nous estimons qu'il ne répond pas aux lignes directrices actuelles en matière d'accessibilité.

Malgré ces services, les femmes handicapées visées par notre étude, tant celles qui se sont identifiées comme entrepreneures que celles qui ne l'ont pas fait, ont dit manquer de connaissances d'une façon générale au sujet des accords commerciaux et de renseignements particuliers au sujet des exigences concernant particulièrement l'importation (ou l'exportation) des aides techniques.

Renseignements sur l'entrepreneuriat

Plusieurs femmes désiraient savoir comment elles pouvaient devenir entrepreneures et estimaient ne pas savoir par où commencer ni où (ou même si) elles pouvaient obtenir les mesures d'appui et la formation nécessaires.

> *Si je devais mettre sur pied ma propre entreprise, j'aurais besoin d'appareils et de programmes informatiques. Je veux être en mesure de faciliter cela, y compris la façon de fonder et de construire. Les coûts présentent aussi un problème. J'aimerais être entrepreneure, mais il y a des obstacles qui m'empêchent de le faire* (femme sourde de Winnipeg).

> *Je désire diriger ma propre entreprise comme dispensatrice de soins à domicile. Je ne suis pas certaine de la façon d'entreprendre cela* (femme sourde de Winnipeg).

Renseignements sur les visas et l'assurance

Pour les femmes qui s'étaient déjà identifiées comme entrepreneures, il se présentait des problèmes particuliers concernant les activités transfrontalières. Certaines femmes de Winnipeg craignaient que leur handicap ne nuise à l'obtention d'un visa et d'une assurance pour travailler aux États-Unis, ce qui soulève la question de savoir s'il existe un préjugé inhérent aux accords commerciaux qui limite la mobilité de certains segments de la population. Cette préoccupation n'est pas nouvelle ni unique. Macdonald a constaté que [*Traduction*] les nouveaux accords commerciaux comme l'ALENA et l'Accord général sur le commerce des services (AGCS) contiennent aussi des dispositions sur les services qui permettent la migration de certaines catégories de personnes exerçant une profession (habituellement des hommes) très instruites et bien rémunérées, tout en limitant le mouvement d'autres catégories de travailleuses et de travailleurs (Macdonald 2003). La femme de Winnipeg trouvait que ce préjugé était directement lié à son handicap.

> *Je sais pour l'assurance, par exemple, que, si quelque chose m'arrive, je ne pourrai simplement plus être assurée à cause de [mon handicap]... Ce qui me préoccupe aussi est que je peux décider que je veux aller travailler aux États-Unis et obtenir de l'assurance-maladie. Quoi qu'il en soit, cela pourrait présenter un problème, je ne sais pas si c'est possible [étant donné mon handicap].C'est un problème commercial en ce qui concerne les personnes handicapées qui passent la frontière* (femme entrepreneure de Winnipeg)

> *L'une des choses que je prévois faire est d'animer des ateliers et de donner des consultations aux États-Unis. L'un des problèmes est le type de visa dont on a besoin pour y aller et effectuer ce genre de travail. D'autres personnes que je connais le font effectivement et cela me fait un peu peur, car, à supposer que j'aille y animer un atelier, j'ai besoin de ce qu'on appelle un visa T1 et on ne peut pas l'obtenir tant qu'on n'a pas réellement passé la frontière. Donc, on prend des dispositions concernant cet atelier et c'est le jour où on passe la frontière qu'on demande le visa et que la personne responsable de l'immigration à la frontière délivre celui-ci. Donc cela me préoccupe un peu, mais d'autres personnes disent « non! non! Aucun problème! » Mais rien qu'à y penser, ouf!*
>
> Une autre participante : *Qu'arrive-t-il si on refuse d'accorder le visa?*
>
> *Eh bien! On retourne chez soi. Ensuite, il y a un autre type de visa que je dois me procurer, par exemple, si je dois me rendre aux États-Unis pour deux semaines pour donner une consultation. Il s'agit d'un type de visa différent. Par conséquent, je suis en train d'étudier cela, mais ce n'est pas simple. En fait, je vais devoir consulter un genre d'avocat spécialisé en immigration, car je n'ai pas vraiment de plan. Ce sont là les types de questions qui me préoccupent* (femme entrepreneure de Winnipeg)

Ce que la participante ne mentionne pas explicitement, ce sont les problèmes liés à ce type de demande de visa pour certaines personnes handicapées. Par exemple, lorsqu'une

personne a des troubles de mobilité ou de la fatigue, il est impossible pour elle d'entreprendre seule les démarches décrites ci-dessus.

Renseignements sur les douanes, les tarifs et les normes

Une entrepreneure a trouvé difficile d'avoir accès à des renseignements sur la façon dont fonctionnent les douanes, les tarifs et les normes américaines et canadiennes, lorsqu'elle importait des marchandises en provenance des États-Unis.

> *Je n'ai pas obtenu suffisamment de renseignements sur la façon dont se déroulaient les formalités douanières, dont se déroulaient les exportations et les importations, etc., lorsque j'ai ouvert ma boutique. On pourrait obtenir plus de renseignements au moyen de cours de formation, peut-être par l'intermédiaire du CRVA [Centre de ressources sur la vie autonome]. SEED Winnipeg ne s'occupe pas du tout des exportations et des importations, des permis, etc. Lorsqu'on expédie des marchandises à certains endroits, on a besoin de permis spéciaux. Ces renseignements devraient être faciles à consulter sans qu'on ait à chercher pour les trouver. En outre, il est difficile d'obtenir des renseignements de l'ADRC au téléphone, car, parfois, on est immobilisé dans son système téléphonique automatisé. Il faudrait que les douanes offrent un cours de formation fournissant des renseignements sur la façon de remplir les documents correctement, sur la façon de simplifier les choses. Le cours pourrait être donné au CRVA par l'intermédiaire du Programme d'aide aux entrepreneurs handicapés en milieu urbain, ou par l'intermédiaire de l'ADRC. Il pourrait aussi être donné par l'intermédiaire du NED [Network of Entrepreneurs with Disabilities]. Toute personne qui se lance en affaires a besoin de ce type de renseignement. À moins qu'on puisse trouver toutes ses fournisseuses et tous ses fournisseurs au Canada (ce qui est presque impossible), on a besoin d'un cours comme celui-ci. On peut obtenir de meilleurs prix aux États-Unis.*
>
> *Selon les marchandises qu'on importe, il existe différentes lois concernant les tarifs. Les lois diffèrent selon la situation. Il serait difficile de placer ce genre de renseignements dans un site Web, car ils sont trop compliqués. J'ai importé des composants pour les incorporer dans mon produit. L'ADRC voulait savoir si ces composants étaient conformes aux normes de la CSA et s'ils étaient étiquetés correctement. Il existe différents droits de douane et différents tarifs selon les produits. Tout cela est réellement frustrant.*
>
> *Si l'ADRC créait un site Web, elle pourrait fournir des renseignements sur ce dont on a besoin pour importer et exporter à différents endroits et indiquer un numéro à composer pour obtenir de plus amples renseignements. Cela pourrait se révéler impossible, étant donné que cela exigerait des heures-personnes. En outre, il est très important qu'on puisse parler au téléphone à une personne qui connaît bien ces questions* (femme entrepreneure de Winnipeg).

Une autre difficulté relative aux douanes était la documentation exigée. Cela rend la vie particulièrement difficile aux personnes qui ont des déficiences visuelles ou de la difficulté à se servir de leurs mains. Cela peut aussi présenter un problème aux personnes qui ont des difficultés d'apprentissage.

> *L'ADRC pourrait aussi simplifier certains de ses formulaires. Nous avons besoin d'un certificat des douanes qui vient avec les marchandises pour indiquer qu'elles ont été fabriquées aux États-Unis. S'il arrive que ce document n'accompagne pas votre expédition, vos marchandises peuvent être immobilisées aux douanes durant des jours jusqu'à ce que celles-ci reçoivent la documentation des États-Unis. Pourquoi les douanes ont-elles besoin de ce certificat, si les importations sont visées par l'ALENA, à moins que les marchandises ne proviennent d'un autre pays? Les douanes devraient imposer des pénalités aux entreprises qui ne fournissent pas les certificats ou créer une base de données sur les entreprises qui produisent les marchandises aux États-Unis, afin que le certificat ne soit pas nécessaire. C'est la seule façon que je peux voir pour résoudre le problème* (femme entrepreneure de Winnipeg).

Renseignements sur les maisons de courtage

Peu des femmes auxquelles nous avons parlé savaient quelque chose au sujet du rôle des maisons de courtage dans le commerce et des avantages et des remises lorsqu'on a recours à leurs services. Les courtières et courtiers en douane agréés sont chargés de percevoir les droits de douane sur les marchandises importées au Canada. Ils exigent un droit pour leurs services.

Une femme entrepreneure de Winnipeg décrit ses expériences.

> *Je n'ai pas eu de difficultés lorsqu'est venu le temps d'importer les produits eux-mêmes. Une partie de l'entente était que l'entreprise de laquelle j'achetais les produits payait les frais d'expédition et les frais de courtage. Le courtage consiste dans le fait qu'une entreprise remplit les documents et passe les marchandises aux douanes pour vous. Si vous retenez les services d'une maison de courtage et que les frais ne soient pas payés par l'entreprise qui vous envoie les marchandises, vous devez payer ces frais vous-même. Si j'utilisais une maison de courtage, cela constituait un obstacle financier, particulièrement lorsque je m'efforçais de lancer une entreprise. Si je contournais la maison de courtage et remplissais moi-même les documents de douane, je devais les refaire s'ils n'étaient pas remplis exactement de la façon exigée par l'ADRC. C'était une perte de temps.*

Le fait de ne pas utiliser une maison de courtage, lequel était plus avantageux pour cette femme sur le plan financier, signifiait qu'elle était confrontée à de plus grands obstacles en raison de son handicap.

> *Je devais alors ramasser l'expédition aux douanes moi-même et, lorsque je demandais aux fonctionnaires de m'aider à transporter une caisse à ma voiture à cause de mon handicap, ces personnes répondaient que cela ne faisait pas partie de leur description d'emploi. Les documents de douane sont très difficiles à comprendre à moins que vous en remplissiez continuellement ou que vous vous fassiez montrer par quelqu'un la façon de le faire. Si vous ne savez pas comment remplir les documents, vous faites mieux d'utiliser les services d'une maison de courtage, ce qui coûte plus cher et constitue un obstacle financier. Lorsque vous importez pour des milliers de dollars de marchandises, les frais sont imposés en pourcentage. Après que j'ai inclus ces frais dans le coût de mes marchandises, il devient plus difficile d'être compétitive.*
>
> *Pour régler le problème du passage aux douanes, l'ARDC devrait mettre sur pied une formation sur ses règlements et sur la façon de remplir ses documents. Le cours devrait se donner au CRVA, au NED ou quelque part ailleurs. En outre, on pourrait faire une exception pour les entrepreneures et entrepreneurs handicapés et, dans ce cas, ces personnes enverraient leurs documents aux douanes et on leur permettrait de faire ramasser leur expédition par un messager au lieu d'aller la chercher elles-mêmes, de faire la queue et, peut-être, de constater qu'elles n'ont pas rempli correctement les documents* (femme entrepreneure de Winnipeg).

Les personnes ayant un handicap moteur, une déficience visuelle, des difficultés d'apprentissage ou une déficience auditive peuvent toutes être confrontées à des difficultés semblables, si on n'apporte pas de modifications aux systèmes douaniers existants. Elles peuvent être incapables d'avoir accès aux bureaux ou d'obtenir des services appropriés, comme l'utilisation du langage gestuel, lorsqu'elles vont voir une maison de courtage. La plupart de ces maisons n'ont pas les ressources nécessaires pour fournir les documents sur des supports multiples et des supports de rechange à l'intention des personnes incapables de lire les imprimés. Une solution de rechange indiquée dans les recommandations consiste à éliminer les frais de courtage pour les entrepreneures et entrepreneurs handicapés et à faire assumer ces frais par le gouvernement.

L'accès aux renseignements sur le commerce et aux services et les recommandations de principe

D'une façon générale, les femmes handicapées ne savaient pas grand chose au sujet du commerce et de la façon dont celui-ci influait sur leur vie. Plus de femmes sont désireuses de devenir entrepreneures, mais elles estiment avoir besoin de mesures d'appui ou de formation supplémentaires. Certaines savaient que des cours avaient déjà été donnés, mais elles n'étaient pas certaines qu'ils étaient encore offerts. Plusieurs ont mentionné des réseaux d'entrepreneures et d'entrepreneurs handicapés dans leur propre région, mais aucune n'a mentionné le programme appelé « Les Femmes d'affaires et le commerce » du Service des délégués commerciaux du Canada.

Les femmes entrepreneures handicapées estimaient posséder peu de renseignements au sujet de l'importation et de l'exportation de marchandises ou de l'exécution de travaux aux États-Unis. Elles estimaient qu'elles étaient confrontées à des obstacles supplémentaires en raison de leurs handicaps. Les femmes appartenant à des groupes ethnoraciaux connaissaient encore plus de difficultés associées à l'obtention de renseignements pertinents dans une langue qu'elles comprenaient. Par conséquent, un grand nombre de femmes handicapées ne se voyaient pas comme engagées ou capables de parler d'une manière qui fasse autorité au sujet des questions commerciales et de leurs répercussions sur leur vie. Même comme entrepreneures, elles estimaient ne pas posséder suffisamment de renseignements ni avoir un accès convenable à des ressources pour être en mesure de se lancer avec succès dans le commerce international.

14. Le MAECI devrait effectuer une analyse systématique de la totalité de ses politiques commerciales, du point de vue des personnes handicapées, afin de cerner les défis et les possibilités qui se présentent aux femmes et aux hommes handicapés.

15. Le MAECI et l'industrie devraient élaborer et annoncer un site Web à propos des politiques commerciales et internationales et de leurs répercussions sur les femmes et les hommes handicapés. Les renseignements devraient être accessibles sur des supports multiples.

16. L'ADRC, d'autres organismes fédéraux, des organismes à but non lucratif et l'industrie devraient offrir des ateliers sur la réglementation douanière associée à l'importation de marchandises et des services et sur la façon de remplir les documents nécessaires.

17. L'ADRC devrait élaborer un site Web accessible et convivial offrant des renseignements douaniers pertinents aux entrepreneures et entrepreneurs, y compris une liste de numéros de téléphone ou d'ATME que ces personnes pourraient composer pour obtenir des éclaircissements ou poser des questions.

18. La section appelée « Les Femmes d'affaires et le commerce » du Service des délégués commerciaux du Canada devrait élaborer et placer sur son site Web des renseignements particuliers sur les questions d'accès et d'inclusion, à l'intention des femmes entrepreneures handicapées qui désirent se lancer dans le commerce.

19. Les entrepreneures et entrepreneurs handicapés devraient créer un réseau national de soutien et de réseautage, dans lequel on mettrait particulièrement l'accent sur le recrutement de femmes entrepreneures handicapées et sur le soutien à celles-ci.

6. CONCLUSIONS

Les politiques commerciales semblent souvent éloignées de la vie des personnes, d'une façon générale, et, plus particulièrement, de la vie des femmes handicapées. Toutefois, notre recherche a montré qu'il existe un lien direct entre les politiques et pratiques commerciales et la qualité de la vie des femmes handicapées. Ces femmes n'ont pas profité de la libéralisation du commerce avec les États-Unis durant la dernière décennie. Bien au contraire, leur vie est devenue plus difficile à la suite de cette libéralisation. Pour certaines femmes handicapées, les changements qui ont découlé du libre-échange ont été nuisibles à leur survie.

De nombreuses femmes handicapées comptent sur les programmes gouvernementaux pour leur assurer un revenu et des mesures de soutien. Une conséquence indirecte de la libéralisation du commerce est la réduction de l'appui aux programmes gouvernementaux. Par conséquent, ces femmes handicapées ont dû assumer les coûts directs de l'obtention d'aides techniques et de produits et services de santé. La libéralisation du commerce n'a pas réduit les coûts dans ces trois domaines. En conséquence, les femmes handicapées se sont heurtées à des obstacles supplémentaires qui les empêchent d'entrer ou de demeurer dans la population active rémunérée. Cela les rend plus dépendantes des programmes gouvernementaux ou incapables d'obtenir les appareils et accessoires ou les services appropriés.

Pour les femmes handicapées, et, vraisemblablement, pour toutes les personnes handicapées, le commerce est façonné par des hypothèses inappropriées au sujet du rôle de la profession médicale dans leur vie. Les appareils et accessoires fonctionnels ont été définis exclusivement selon des catégories médicales au lieu de refléter l'utilisation et l'expérience qu'en ont faites les personnes handicapées. Les professionnelles et professionnels de la santé sont devenus des contrôleuses et contrôleurs d'accès aux aides techniques, même lorsque ces personnes n'ont pas de compétences ni de connaissances dans ce domaine. Les personnes qui connaissent le mieux leurs propres besoins, c'est-à-dire les consommatrices et les consommateurs, sont empêchées d'obtenir leurs propres appareils et accessoires, à moins qu'elles acceptent et soient en mesure d'engager les dépenses à cet égard.

En outre, les femmes handicapées sont désavantagées par leur propre manque de connaissances au sujet du commerce. Elles le sont aussi par leur manque de confiance dans leur capacité de traiter des répercussions que celui-ci peut avoir sur leur vie et par le fait qu'elles n'utilisent pas efficacement leur pouvoir d'achat en tant que consommatrices. Peu de Canadiennes et de Canadiens savent ou estiment qu'ils peuvent parler avec assurance du commerce, mais, dans le cas des femmes handicapées, leur manque de connaissances peut signifier qu'il leur reste moins de choix dans un domaine qui influe considérablement sur leur vie.

Ce manque de connaissances au sujet des répercussions du commerce sur les femmes handicapées se traduit dans la documentation générale sur le commerce. À notre connaissance, la présente étude est la première du genre qui porte sur la façon dont les

femmes handicapées, ou les personnes handicapées, d'une façon générale, sont touchées par le commerce. Il s'agit donc d'une première incursion dans ce nouveau territoire de recherche.

On pourrait et on devrait écrire davantage dans ce domaine et effectuer des études qui traduisent, d'une façon plus générale, la situation des Canadiennes et des Canadiens handicapés. Il faudrait donc étudier la situation des femmes au Québec, examiner de plus près les questions concernant les femmes autochtones handicapées, les questions concernant les femmes à différents moments de leur vie, les différences qui surviennent lorsque les femmes ont une responsabilité (en particulier en tant que mères seules à soutenir leur famille) à l'égard d'enfants, et effectuer une comparaison de ces questions dans le cas des femmes et des hommes handicapés. Nous avons besoin de données supplémentaires pour améliorer notre compréhension des questions commerciales qui touchent les femmes handicapées, ainsi que de données par province sur la privatisation des soins à domicile, d'enquêtes par sondages sur les personnes handicapées pour documenter les menues dépenses relatives à l'incapacité, ainsi que de données sur l'évolution de la santé des femmes handicapées au cours de leur vie. Il serait utile d'effectuer un suivi des données reliant les données sur les aides techniques accessibles par l'intermédiaire de l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités (EPLA) aux sources de ces appareils et accessoires, ainsi qu'au revenu de ces personnes.

La présente étude illustre le fait que la politique commerciale influe sur la vie des Canadiennes et des Canadiens pris individuellement et que le commerce ne concerne pas seulement l'échange de biens et de services. Elle nous rappelle que nous devons nous assurer que, lorsque nous examinons le commerce, nous avons besoins d'être attentifs à la façon dont les pratiques commerciales influent différemment sur les personnes. Les participantes rappellent aux personnes responsables de l'élaboration et de la mise en oeuvre de politiques commerciales dans les secteurs public et privé qu'elles doivent avoir voix au chapitre. Leurs intérêts n'on pas été représentés jusqu'à présent, mais ce sont elles qui doivent assumer les coûts permanents de cette exclusion.

BIBLIOGRAPHIE

Afshar, H. et C. Dennis (publié sous la direction d'). 1992. *Women and Adjustment Policies in the Third World*. London : Macmillan.

Australie, groupe de travail sur les questions touchant les personnes handicapées. 1991. *Discussion Paper on the Additional Costs Faced by People with Disabilities*. Canberra : gouvernement de l'Australie.

Australie, comité permanent de l'industrie. 1990. *Aids and Appliances for People with Disabilities*. Rapport n° 3. Canberra : gouvernement de l'Australie, le 18 juillet.

Barile, M. 2001. « Disablement and the Feminisation of Poverty ». *Women in Action*. 2: 1–4.

Batavia, A.I. et G. DeJong. 2001. « Disability, Chronic Illness and Risk Selection ». *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 82 : 546–552.

Beneria, L. et S. Feldman (publié sous la direction de) 1992. *Unequal Burden: Economic Crises, Persistent Poverty, and Women's Work*. Boulder : Westview Press.

Blumberg, R.L., C.A. Rakowski, I. Tinker et M. Monteon (publié sous la direction de). 1995. *Engendering Wealth and Well-Being*. Boulder : Westview Press.

Bunch, M. et C. Crawford. 1998. *Persons with Disabilities: Literature Review of the Factors Affecting Employment and Labour Force Transitions*. Ottawa : Développement des ressources humaines Canada.

Canada, DRHC (Développement des ressources humaines Canada). 2002. *Vers l'intégration des personnes handicapées*. Ottawa : Gouvernement du Canada.

Canada, Industrie Canada. 2003. « Les femmes entrepreneures s'imposent de plus en plus au Canada ». *Bulletin semestriel sur la petite entreprise*. 4(3) : 1. http://strategis.ic.gc.ca/epic/internet/insbrp-rppe.nsf/fr/rd00734f.html. Consulté le 15 mars 2003.

———. S.d. « Statistiques relatives à l'industrie canadienne ». http://strategis.ic.gc.ca/canadian_industry_statistics/cis_nsf/IDF/cis33911defF.html. Consulté le 15 mars 2004.

Canada, Comité permanent de l'industrie. 1997. *Le Comité permanent de l'industrie, Cinquième rapport*. Examen de l'article 14 de la Loi de 1992 modifiant la *Loi sur les brevets*. Ottawa.

Canada, Statistique Canada. 2002a. *Un profil de l'incapacité au Canada en 2001 – Tableaux*. Ottawa : ministre de l'Industrie.

———. 2002b. *Le commerce international de services du Canada, 2001*.

——— 2003. *Les mesures de soutien à l'incapacité au Canada, 2001 - tableaux*. Ottawa : ministre de l'Industrie.

CEPMB (Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés). 2000. Rapport annuel pour l'exercice se terminant le 31 décembre 1999. Ottawa : gouvernement du Canada.

Cohen, M. 2001. « Ce qui est en jeu pour les femmes — Les femmes et les accords de commerce ». Exposé présenté à la table ronde sur les femmes et le commerce, Ottawa, du 7 au 9 décembre 2001.

Cox, D. et Harris. 1986. « A Qualitative Assessment of Economic Impact on Canada of Sectoral Free Trade with the United States ». *Revue canadienne d'économique*. 19(3) : 377-394.

CTC (Congrès du travail du Canada). 1997. *Mémoire au Comité permanent de l'industrie sur la loi C-91, Loi de 1992 modifiant la loi sur les brevets*. Le 8 avril 1997.

DeJong, G. 1997. « Primary Care for Persons with Disabilities: An Overview of the Problem ». *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*. 76 : S2–8.

Elson, D. (publié sous la direction d'). 1991. *Male Bias in the Development Process*. Londres : Macmillan.

Fawcett, G. 1999. « Vivre avec un handicap sur le marché du travail : Obstacles et solutions ». *Perception*. 23(3) : 7–9.

Feldman, S. 1992. « Crisis, Islam and Gender in Bangladesh: The Social Construction of a Female Labour Force ». Dans *Unequal Burden: Economic Crises, Persistent Poverty, and Women's Work. Publié sous la direction de* L. Beneria et S. Feldman. Boulder : Westview Press.

Feree, M.M., J. Lorber et B. Hess. (publié sous la direction de). 1999. *Revisioning Gender*. Londres : Sage Publications.

Fernandez-Kelly, P. 1989. « Broadening the Scope: Gender and the Study of International Economic Development ». *Sociological Forum*. 4(4) : 11–35.

Gabriel, C. et L. Macdonald. 1994. "NAFTA Women and Organizing in Canada and Mexico: Forging a Feminist Internationality." *Millennium Journal of International Studies*. 23(3) (hiver) : 535–562.

Gray, L. 1996. *Self-Employment as an Option for Women with Disabilities: A Report for the Women's Enterprise Society of British Columbia*. Prince George : Women's Enterprise Society of British Columbia.

Green Shield Canada. 1998. *Analysis of Drug Claim Costs 1993-1997*. Toronto : Green Shield Canada.

Hassanali, S. 2000. *Commerce international : intégration des considérations liées à l'égalité entre les sexes dans le processus d'élaboration des politiques : initiatives et leçons.* Ottawa : Condition féminine Canada.

Hassanali, S. et N. Grandea. 2001. Condition féminine Canada. « Les possibilités et les défis de CFC ». Exposé présenté à la table ronde sur les femmes et le commerce, Ottawa, du 7 au 9 décembre 2001.

Hewitt, T., H. Johnson et D. Wield. 1992. *Industrialization and Development.* Oxford : Oxford University Press.

Joekes, S. et A. Weston. *Women and the New Trade Agenda.* New York : UNIFEM, 1995.

Johnson, J.R. 2002. Quelle sera l'incidence des accords commerciaux internationaux sur les soins de santé au Canada? ». Étude n° 22. Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (Commission Romanow). Ottawa : Santé Canada.

Jones, J.C.H., T. Potashnik et A. Zhang. 2001. « Patents, Brand-Generic Competition and the Pricing of Ethical Drugs in Canada: Some Empirical Evidence from British Columbia ». *Applied Economics.* 33 : 947–956.

Lavigne, G., T. Burke et M. Lemonde (publié sous la direction de). 1999. « Les définitions féministes des modes de vie sains et des sociétés sensibles à l'être humain ». Compte rendu de la conférence de *1999 de l'Institut canadien de recherche sur les femmes.* Toronto : Scrivener Press.

Macdonald, L. 2003. « Gender and Canadian Trade Policy: Women's Strategies for Access and Transformation ». Dans *Feminist Perspectives on Canadian Foreign Policy.* Publié sous la direction de C.T. Sjolander, H.A. Smith et D. Stienstra. Don Mills: Oxford University Press, p. 40–54.

McColl, M.A. et S. Shortt. 2002. « Health Care Utilization Among Persons Living with Disabilities: Analyse faite à partir de l'Enquête nationale sur la santé de la population ». Inédite.

Moghadam, V.M. 1993b. « Bringing the Third World In: A Comparative Analysis of Gender and Restructuring in the Third World and in State Socialist Societies ». Dans *Democratic Reform and the Position of Women in Transitional Economies*, par V.M. Moghadam. Oxford : Clarendon Press, 1993.

———. 1995. « Gender Aspects of Employment and Unemployment in a Global Perspective ». Dans *Global Employment: An Investigation into the Future of Work. Publié sous la direction de* M. Simai. Londres : Zed Press.

———. 1999. « Gender and the Global Economy ». Dans *Revisioning Gender.* Publié sous la direction de M.M. Feree *et al.*

Moghadam, V.M. (publié sous la direction de). 1993a. *Democratic Reform and the Position of Women in Transitional Economies*. Oxford : Clarendon Press.

Neufeldt, A.H., H. Enns, C. Watters et V. Sannuto. 1999. *Urban Business Development and Disability: Models and Strategies*. Winnipeg : Centre Canadien d'études sur le handicap.

NEWD (Network for Entrepreneurs with Disabilities). 1998. *Entrepreneur Survey: Final Report*. Halifax : Network for Entrepreneurs with Disabilities.

Pearson, R. 1992. « Gender Issues in Industrialization ». Dans *Industrialization and Development*. Publié sous la direction de Hewitt *et al.* Oxford : Oxford University Press.

Redclift, N. et M.T. Stewart (publié sous la direction de). 1991. *Working Women: International Perspectives on Women and Gender Ideology*. Londres : Routledge Press.

Romanow, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. 2002. *Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada*. Rapport final. Ottawa.

Shapiro, E. 1997. *The Cost of Privatization: A Case Study of Home Care in Manitoba*. Ottawa : Centre canadien de politiques alternatives.

Simai, M. (publié sous la direction de). 1995. *Global Employment: An Investigation into the Future of Work*. Londres : Zed Press.

Sjolander, C.T., H.A. Smith et D. Stienstra (publié sous la direction de). 2003. *Feminist Perspectives on Canadian Foreign Policy*. Don Mills : Oxford University Press.

Tiano, S. 1994. *Patriarchy on the Line: Labor, Gender, and Ideology in the Mexican Maquila Industry*. Philadelphie : Temple University Press.

Ward, K. 1990. *Women Workers and Global Restructuring*. Ithaca : ILR Press.

Watters, C. 1999. « Strategies for Overcoming Barriers for Women Entrepreneurs with Disabilities ». Dans *Les définitions féministes des modes de vie sains et des sociétés sensibles à l'être humain*. Compte rendu de la conférence de *1999* de l'Institut canadien de recherche sur les femmes. Publié sous la direction de Lavigne *et al.* Toronto : Scrivener Press.

ANNEXE A : MÉTHODOLOGIE

Objectifs de la recherche

Comment les politiques commerciales canadiennes peuvent-elles assurer l'accès et l'inclusion des femmes handicapées? C'était là la question de recherche de l'étude.

Afin de fournir la réponse, le projet a consisté à examiner la façon dont les femmes handicapées ayant différents antécédents (régions, types de handicaps, ethnoraciaux, etc.) étaient touchées à titre de consommatrices de services de santé et d'appareils et accessoires fonctionnels, et à titre d'entrepreneures s'adonnant au commerce, par les changements apportés au commerce entre le Canada et les États-Unis au cours des années 90 (y compris par l'adoption et la mise en vigueur de l'Accord de libre-échange nord-américain en 1994). Les objectifs de l'étude sont énoncés ci-dessous.

- Cerner les changements survenus dans la prestation des services et du soutien en matière de santé et leurs répercussions sur les femmes handicapées au cours de la dernière décennie.
- Cerner les changements survenus dans le commerce des appareils et accessoires fonctionnels et leurs répercussions sur les femmes handicapées au cours de la dernière décennie.
- Cerner les changements survenus dans l'accès des femmes handicapées aux activités commerciales et dans leurs moyens de les exercer au cours de la dernière décennie.
- Évaluer l'accès des femmes handicapées aux politiques commerciales existantes touchant les États-Unis et leur inclusion dans celles-ci.
- Cerner les changements survenus dans les politiques et les critères existants concernant l'élaboration des futures politiques commerciales afin d'assurer l'accès et l'inclusion des femmes handicapées.

Personnel du projet

Le personnel du projet comprenait les personnes suivantes : Deborah Stienstra, Ph.D., Chaire de recherche de la Banque royale, chef d'équipe de projet et chercheuse principale au Centre Canadien d'études sur le handicap (CCEH); Aileen Wight Felske, Ph.D., chercheuse adjointe, et Colleen Watters, attachée de recherche au Centre Canadien d'études sur le handicap et chargée du projet.

Nous avons embauché quatre assistantes à la recherche pour diriger des groupes de discussion à Winnipeg (pour les participantes qui étaient sourdes), à Halifax, à Toronto et sur l'Île de Vancouver. Ces assistantes étaient Rita Bomak à Winnipeg, Nadia Stuewer à Halifax, Rabia Khedr à Toronto et Cathy La France, dans l'île de Vancouver. Ces personnes étaient chargées d'identifier les participantes, d'organiser et d'animer les séances de groupes de discussion tenues dans leurs villes respectives et d'en faire rapport. Rabia Khedr a aussi recruté

cinq femmes handicapées appartenant à des groupes ethnoraciaux pour des entrevues individuelles à Toronto. La chargée du projet a organisé et dirigé le groupe de discussion pour les femmes handicapées à Winnipeg et elle a mené des entrevues individuelles avec des femmes appartenant à des groupes ethnoraciaux à Winnipeg. Aileen Wight Felske était chargée de recueillir des donnés auprès de femmes handicapées à Calgary.

Hui-Mei Huang, étudiante diplômée, et Hugh Grant, membre du département des sciences économiques à l'Université de Winnipeg, ont effectué l'analyse des données économiques sur les statistiques du commerce. Lindsey Troschuk, assistante à la recherche au CCEH a effectué l'étude documentaire et apporté son aide pour d'autres tâches de collecte de données, selon les besoins.

Comité consultatif du projet

Nous avons mis sur pied un Comité consultatif chargé de donner une orientation générale et des conseils concernant le projet, d'examiner les outils de collecte de données, l'analyse des données et les recommandations et les rapports et de formuler des commentaires à leur égard. Tout le travail du Comité consultatif a été effectué au moyen de conférences téléphoniques. Les organismes partenaires comprenaient le Conseil des Canadiens avec déficiences (CCD), le Réseau d'action des femmes handicapées du Canada (RAFHC), le Network of Entrepreneurs with Disabilities (NEWD) et la Cowichan Community Economic Development Cooperative. Ces organismes ont reçu des honoraires de 500 $ chacun pour leur participation. Mary Frances Laughton, chef du Bureau de l'industrie des appareils et accessoires fonctionnels d'Industrie Canada, Gerry Martin, directeur du Centre for Women in Business, à la Mount Saint Vincent University, Shannon Campbell, du ministère de la Diversification de l'économie de l'Ouest, et Dana Peebles, de Kartini International (qui a de l'expertise dans le domaine des différences entre les sexes et du commerce) se sont aussi joints au comité. Nous avons tenté de trouver une personne pour représenter l'Agence de promotion économique du Canada Atlantique (APECA), mais nos efforts n'ont pas porté de fruits.

Activités du projet

Le projet a débuté en avril 2002 et s'est terminé le 31 mars 2003.

Dès le début, le projet a été examiné du point de vue des considérations éthiques et approuvé par le groupe de travail sur l'examen de l'éthique du CCEH.

Le projet comportait les activités décrites ci-dessous.

Analyse documentaire

Dans le cadre d'une vaste analyse documentaire, les chercheuses ont trouvé de la documentation sur les appareils et accessoires fonctionnels et sur les personnes handicapées par rapport au commerce, aux différences entre les sexes et au commerce, aux femmes et au commerce, et aux services de santé. Cependant, il y avait très peu de documentation concernant les femmes handicapées et le commerce, et il a donc fallu établir des corrélations. En outre, l'assistante à la recherche a examiné les programmes gouvernementaux relatifs à l'entrepreneuriat et à l'incapacité, ainsi qu'à la fourniture d'appareils et d'accessoires

fonctionnels aux personnes handicapées. Elle a trouvé de nombreux documents concernant la privatisation des services de santé.

Groupes de discussion

Les groupes de discussions ont examiné la façon dont les politiques commerciales relatives aux appareils et accessoires fonctionnels et aux services de santé influaient sur la vie des femmes handicapées. En outre, ils ont examiné la façon dont le commerce influait sur les femmes entrepreneures handicapées du point de vue des biens et des services qu'elles avaient besoin d'acheter (en particulier des États-Unis) pour exploiter leurs entreprises.

Quatre séances de groupes de discussion ont eu lieu à Winnipeg, à Halifax et à Toronto. Trois de ces séances s'adressaient aux femmes handicapées et aux femmes entrepreneures handicapées et l'une d'elles, tenue à Winnipeg à l'intention des femmes sourdes, s'est déroulée en American Sign Language (ASL). Aileen Wight Felske a eu de la difficulté à recruter et à organiser un groupe de discussion à Calgary et elle a donc eu des entrevues avec quatre femmes handicapées.

L'assistante à la recherche de la Colombie-Britannique a décidé de tenir la séance du groupe de discussion de l'Île de Vancouver sous forme de séance en ligne afin de permettre la participation des femmes handicapées vivant à distance les unes des autres. Elle a eu de la difficulté à mettre sur pied et à faire fonctionner ce groupe, étant donné qu'il a fallu du temps pour trouver un serveur de liste qui était accessible aux consommatrices ayant différents besoins en matière de technologie d'adaptation et que, en outre, le recrutement s'est révélé difficile. Un serveur de liste accessible par l'intermédiaire des groupes Yahoo a été établi et trois femmes ont participé à la session.

Le Comité consultatif a recommandé qu'on réunisse un septième groupe de discussion pour examiner les conclusions après l'achèvement de l'analyse des données. La séance de ce groupe de discussion, qui a eu lieu en mars 2003, a permis aux participantes de vérifier les conclusions et de proposer des modifications à l'ébauche du rapport du projet, qu'on leur avait distribuée, avant cette séance.

Entrevues avec des femmes appartenant à des groupes ethnoraciaux

Grâce au programme ethnoculturel de la Society for Manitobans with Disabilities de Winnipeg, des entrevues ont eu lieu avec trois femmes membres appartenant à des groupes ethnoraciaux. Des animatrices de programme étaient présentes pour fournir des services de traduction étant donné que la langue maternelle des participantes n'était pas l'anglais. En août 2002, l'Ethno-Racial People with Disabilities Coalition of Ontario (ERDCO), à Toronto, a recruté et interviewé cinq participantes. On trouvera dans la section de l'analyse des données du présent rapport des résumés des conclusions des entrevues avec les femmes handicapées appartenant à des groupes ethnoraciaux.

Groupes de discussion par courriel

Étant donné le fait que seulement un certain nombre de femmes handicapées du pays ont pu participer aux groupes de discussion et aux entrevues individuelles, le Comité consultatif du projet a recommandé la mise sur pied d'un groupe de discussion par courriel pour permettre à un plus grand nombre de femmes de partager leurs points de vue sur la façon dont les

politiques commerciales influent sur leur vie. Le Réseau d'action des femmes handicapées du Canada a offert son aide pour animer ce groupe.

Afin de tâter le terrain pour voir combien de femmes handicapées pourraient se montrer intéressées à participer à ce type de groupe, nous avons envoyé une invitation aux abonnées des serveurs de liste du RAFHC du Canada et de l'Ontario. La réponse a été décevante, puisque seulement deux personnes se sont montrées intéressées. Etant donné le faible taux de réponse, nous n'avons pas établi de serveur de liste. Il se peut que certaines femmes handicapées dont les noms figurent sur les listes du RAFHC aient des besoins fondamentaux de nourriture, de logement, de transport, d'emploi, etc. qui ne sont pas satisfaits et auxquels elles doivent apporter beaucoup d'attention. Il se peut aussi que, malgré la diffusion de la documentation, de nombreuses femmes handicapées aient de la difficulté à concevoir la façon dont des questions comme celle du libre-échange peuvent avoir des répercussions sur leur vie.

Analyse de données économiques

Hui-Mei Huang, étudiante diplômée, et Hugh Grant, membre du département des sciences économiques de l'Université de Winnipeg, ont effectué l'analyse économique des statistiques canadiennes récentes sur le commerce et de leurs répercussions sur les Canadiennes et les Canadiens handicapés. Les conclusions de cette analyse figurent dans le présent rapport. L'analyse comportait les limites suivantes. La partie portant sur les personnes handicapées a été limitée à leurs rôles de *consommateurs* de biens particuliers et n'a pas tenu compte de leur rôle de producteurs; seulement deux grandes catégories de marchandises (les appareils et accessoires fonctionnels et les produits pharmaceutiques) et les industries connexes (fabrication de fournitures et appareils médicaux et de produits pharmaceutiques) ont été examinées, compte tenu de la disponibilité des données, et l'examen a été limité à la période comprise entre 1992 et 2001, au cours de laquelle ont eu lieu la mise en vigueur de l'ALE, en 1989, celle de l'ALENA, en 1994, et l'achèvement des négociations commerciales multilatérales du Cycle d'Uruguay sous les auspices de l'OMC, en 1995.

Entrevues avec les vendeuses et vendeurs, les coordonnatrices et coordonnateurs de programmes et les décisionnaires dans le domaine des appareils et accessoires fonctionnels

En janvier 2003, nous avons eu 12 entrevues avec des vendeuses et des vendeurs, des coordonnatrices et des coordonnateurs de programmes et des décisionnaires du domaine des appareils et accessoires fonctionnels pour les personnes handicapées, des courtières et des courtiers et des personnes connaissant bien le domaine des questions frontalières. Parmi les répondantes et répondants se trouvaient quatre coordonnatrices ou coordonnateurs de programmes ou décisionnaires (trois personnes du Manitoba et une de la Saskatchewan), une personne s'occupant de recherche et de développement dans le domaine des appareils et accessoires fonctionnels, en Ontario, sept vendeuses et vendeurs (quatre personnes au Manitoba, une en Ontario et deux à Terre-Neuve-et-Labrador) et deux maisons de courtage basées au Manitoba. Malheureusement, un vendeur et les deux maisons de courtage n'ont pas présenté de formulaires de consentement signés (malgré nos demandes à cet effet), et nous ne pouvons donc pas les citer dans l'analyse. Parmi les vendeuses et vendeurs, il y avait trois personnes qui vendaient des produits pour des personnes qui sont aveugles ou ont une déficience visuelle (deux de ces personnes vendaient aussi des appareils pour les personnes ayant des troubles d'apprentissage), deux établissements qui s'occupaient d'aide à la mobilité,

d'appareils orthopédiques et de prothèses (l'un d'eux vendait aussi des fournitures de mastectomie et de stomie), une personne qui stockait un produit particulier pour les personnes ayant des troubles d'apprentissage et une entreprise qui commercialisait plusieurs types d'appareils pour enfants. Entre autres, les produits comprenaient Dragon NaturallySpeaking et des planches de transfert.

Nous nous sommes adressées aux membres du Comité consultatif du projet et à des personnes-ressources que connaissait le CCEH en Colombie-Britannique, en Saskatchewan, en Ontario et en Nouvelle-Écosse pour obtenir les noms de personnes avec lesquelles nous pourrions peut-être avoir des entrevues. Le Bureau de l'industrie des appareils et accessoires fonctionnels a compilé une liste de 40 vendeuses et vendeurs d'aides et d'appareils et accessoires destinés aux personnes handicapées qui utilisent des prothèses auditives ou visuelles ou des aides à l'apprentissage et à la mobilité, et nous nous sommes adressées à trois entreprises de vente du Manitoba que connaissait l'équipe de recherche. Lors du choix de personnes aux fins des entrevues, nous avons tenté de choisir deux ou trois vendeuses ou vendeurs dans chacune des catégories susmentionnées et nous les avons abordés par téléphone et par courriel. Dans nos choix, nous nous sommes efforcées d'assurer une représentation du plus grand nombre de provinces possibles parmi les10 existantes. Nous avons aussi tenté de rejoindre des décisionnaires et des coordonnatrices et coordonnateurs de programmes dans toutes les provinces.

Malheureusement, un grand nombre des vendeuses et vendeurs n'ont pas retourné nos appels téléphoniques ni répondu à nos courriels. Malgré plusieurs tentatives, nous n'avons pas pu avoir d'entrevue avec une entreprise qui fabriquait ou vendait des prothèses auditives. Nous avons eu des entrevues fructueuses avec des coordonnatrices et des coordonnateurs de programme et des décisionnaires au Manitoba et en Saskatchewan, mais une personne-ressource du programme Alberta Aids to Daily Living (AADL) estimait que la participation au projet en cours n'était pas prioritaire pour elle. Le directeur du programme gouvernemental de la Colombie-Britannique n'a pas retourné nos appels téléphoniques et la personne-ressource au Programme des appareils et accessoires fonctionnels (PAAF) de l'Ontario a fait savoir qu'elle ne pouvait pas signer le formulaire de consentement, mais elle a plutôt dirigé la chercheuse vers la section des communications de son ministère pour obtenir une signature. Cependant, elle a fourni l'adresse du site Web du programme, lequel offrait une mine de renseignements. Nous n'avons pas pu obtenir des noms de coordonnatrices ou coordonnateurs de programmes et de décisionnaires au Québec, en Nouvelle-Écosse, à Terre-Neuve-et-Labrador, et au Nouveau-Brunswick.

Questions pour les participantes aux groupes de discussion et pour les entrevues individuelles

1. Si vous avez acheté des aides techniques et des appareils et accessoires fonctionnels, tels que du logiciel spécialisé, des lecteurs d'écran, des appareils de grossissement, des scanneurs, des fauteuils roulants, des marchettes, etc., dans quelle mesure avez-vous eu de la facilité ou de la difficulté à obtenir ces aides et ces appareils et accessoires?

Si vous avez eu de la difficulté à les obtenir, à quels obstacles vous êtes-vous heurtée?

Savez-vous si ces obstacles sont liés aux accords commerciaux, en particulier ceux entre le Canada et les États-Unis?

Quelle mesure peut-on prendre pour éliminer ces obstacles?

2. Si vous avez utilisé des services et des produits de santé privés (tels que des services de soins à domicile privés ou des médicaments non couverts par des programmes financés par les gouvernements), dans quelle mesure avez-vous eu de la facilité ou de la difficulté à les obtenir?

Si vous avez eu de la difficulté à utiliser ces produits et services, à quels obstacles vous êtes-vous heurtée?

Savez-vous si ces obstacles sont liés aux accords de libre-échange, en particulier ceux entre le Canada et les États-Unis?

Quelle mesure peut-on prendre pour éliminer ces obstacles?

3. Pouvez-vous penser à des moyens qu'on pourrait prendre pour modifier les politiques commerciales canadiennes de façon à accroître l'accessibilité des appareils et accessoires fonctionnels, des produits et services de santé et des renseignements au sujet du commerce pour vous en tant que femme handicapée?

4. Certaines d'entre vous qui êtes des entrepreneures ont mentionné que vous achetez des biens et services d'entreprise des États-Unis ou vendez vos propres biens et services aux États-Unis. Dans quelle mesure est-il facile ou difficile pour vous de travailler avec des entreprises des É.-U.?

Ce faisant, à quels obstacles vous heurtez-vous?

Savez-vous si ces obstacles sont liés aux accords de libre-échange, en particulier les accords entre le Canada et les États-Unis?

Quelle mesure peut-on prendre pour éliminer ces obstacles?

Formulaire de consentement pour les participantes aux groupes de discussion et aux entrevues individuelles

Juillet 2002

Je, _____, accepte de participer au projet intitulé « Les femmes handicapées et la libéralisation du commerce », lequel vise à examiner la façon dont les politiques commerciales canadiennes peuvent assurer l'accès et l'inclusion aux femmes handicapées.

Ce projet consiste à examiner la façon dont les femmes handicapées ayant différents antécédents (y compris leurs régions, leurs types de handicaps et leurs antécédents ethnoraciaux) ont été touchées à titre de consommatrices de services de santé et d'appareils et accessoires fonctionnels, et à titre d'entrepreneures s'adonnant au commerce, par les changements apportés au commerce entre le Canada et les États-Unis au cours des années 1990 (y compris par l'adoption et la mise en vigueur de l'Accord de libre-échange nord-américain, en 1994).

Je comprends que cette recherche est effectuée par une équipe de recherche dirigée par Deborah Stienstra, du Centre Canadien d'études sur le handicap (CCEH), et que les entrevues sont effectuées par les assistantes à la recherche du CCEH. Cette recherche est financée par Condition féminine Canada et a été approuvée par le Comité d'examen de l'éthique du CCEH.

Je comprends que ma participation consistera à répondre à une série de questions (soit au cours d'une entrevue individuelle, soit au sein d'un groupe de discussion, au sujet des femmes handicapées et du commerce). La séance du groupe de discussion durera environ deux heures. Les questions me seront remises avant la séance du groupe de discussion ou avant l'entrevue.

Aucune citation directe provenant de l'entrevue ou du groupe de discussion et m'étant attribuée ne sera utilisée sans ma permission écrite préalable.

J'accepte que l'entrevue ou la séance de discussion soit enregistrée sur une bande audio afin de permettre aux chercheuses de réviser et de transcrire la discussion. La bande audio sera effacée après la transcription de la discussion. Les noms des participantes au groupe de discussion et leurs caractéristiques personnelles uniques, etc. ne seront pas inclus dans des rapports de recherche ou d'autres publications sans la permission écrite de la participante.

Les données obtenues au cours des séances de groupes de discussion ou des entrevues individuelles seront tenues confidentielles et on demandera aux participantes aux groupes de discussion de ne pas révéler l'identité des autres participantes. Je comprends cependant que la CCEH ne peut pas garantir que les autres participantes se conformeront à cette demande.

Je comprends que la chercheuse principale, la chargée du projet et les assistantes à la recherche qui dirigeront les groupes de discussion et les entrevues auront accès aux données recueillies. Je comprends aussi que les données écrites recueillies au cours des séances de groupes de discussion et des entrevues seront emmagasinées au CCEH durant une période de trois ans suivant l'achèvement du projet et qu'elles seront ensuite détruites.

Je comprends que les données recueillies au cours des séances de groupes de discussion et des entrevues seront analysées et qu'elles seront incluses dans le rapport sur le projet, lequel sera fourni à l'organisme de financement, Condition féminine Canada.

Je comprends que ma participation est volontaire et que je peux me retirer de l'étude n'importe quand sans pénalité en communiquant avec les chercheuses. Je comprends aussi que je peux refuser de répondre à n'importe quelle question.

Je comprends que je recevrai une rétribution de 50 $ pour ma participation.

Je comprends que, si j'ai d'autres questions à poser au sujet de l'étude, je peux communiquer avec les chercheuses par téléphone au Centre Canadien d'études sur le handicap, dont le numéro est 287-8411, ou par courriel à l'adresse ccds@disabilitystudies.ca. Je peux aussi communiquer avec la chercheuse principale, Deborah Stienstra, au même numéro de téléphone, ou par courriel, à l'adresse d.stienstra@uwinnipeg.ca.

Je comprends que, si j'ai des préoccupations éthiques au sujet de la recherche, je peux communiquer avec la présidente du comité de recherche du CCEH, au 56, The Promenade, Winnipeg (Manitoba), R3B 3H9.

Dans les situations où on ne pourra pas obtenir de consentement éclairé par écrit en raison de la nature d'un handicap, un consentement enregistré sur bande audio sera accepté.

Signature de la participante _____

Renseignements _____

_____

_____

Date _____

Signature de la chercheuse _____

Date _____

Remettre un exemplaire à la participante et l'autre à la chercheuse.

Questions pour les vendeuses et vendeurs, les coordonnatrices et coordonnateurs de programme et les décisionnaires des programmes d'appareils et accessoires fonctionnels pour les personnes handicapées

Questions pour les vendeuses et vendeurs

1. A. Quelles aides et appareils et accessoires vendez-vous actuellement?

   B. Comment les décisions sont-elles prises quant aux marques de produits que vous offrez, aux prix, au nombre d'articles commandés, à la méthode de livraison des articles aux consommatrices et aux consommateurs, etc.?

   C. Savez-vous si les accords commerciaux internationaux ont des répercussions sur les types de produits que vous offrez, sur le nombre de chaque article acheté, sur le prix, etc.?

   D. Savez-vous si les accords commerciaux internationaux ont des répercussions sur les clientes et clients, pour ce qui est du prix, du choix, etc.?

2. Prévoyez-vous apporter des changements aux types de produits que vous vendez? Dans l'affirmative, quels changements prévoyez-vous apporter et quelles en sont les raisons?

Questions pour les coordonnatrices et coordonnateurs de programmes d'appareils et accessoires fonctionnels

1. A. Quels appareils et accessoires fonctionnels et quelles aides technologiques, etc., votre programme finance-t-il actuellement pour les consommatrices et les consommateurs?

   B. Quel pourcentage des coûts de ces appareils et accessoires votre programme finance-t-il?

   C. Comment les décisions sont-elles prises quant aux politiques relatives aux programmes, aux appareils et accessoires que vous financez, aux personnes admissibles au financement, aux vendeuses et vendeurs choisis pour offrir vos appareils et accessoires, etc.?

2. Quels renseignements sur la disponibilité des aides, des appareils et accessoires fonctionnels et des possibilités de financement votre programme fournit-il aux consommatrices et consommateurs handicapés, aux organismes représentant les personnes handicapées, aux programmes de soutien du revenu, aux groupes communautaires, aux vendeuses et vendeurs, etc.?

3. Savez-vous si les accords commerciaux internationaux ont des répercussions sur les types d'appareils et accessoires fonctionnels que votre programme couvre et sur les autres décisions de principe de votre programme à l'égard du financement, des critères d'admissibilité, des vendeuses et vendeurs choisis pour offrir vos appareils et accessoires fonctionnels, etc.? Si les accords commerciaux internationaux ont des répercussions, quelle en est la nature?

4. Quelles modifications estimez-vous qu'on pourrait apporter à votre programme pour améliorer sa capacité de répondre aux besoins des consommatrices et consommateurs handicapés?

Questions pour les personnes connaissant bien les questions douanières et frontalières

1. Lorsqu'on commande aux États-Unis des appareils et accessoires fonctionnels et des aides techniques pour les personnes handicapées, sur quels types de produits un droit de douane sera-t-il imposé? Quels sont les produits exonérés?

2. A. Comment les décisions sont-elles prises à l'égard des droits de douane, des frais de douane, des frais de courtage, etc. et à quels produits ces droits et frais sont-ils appliqués?

   B. Quelles sont les politiques existantes à l'égard des frais de courtage, des droits de douane et des frais de douane sur les aides, les appareils et accessoires fonctionnels et les aides techniques?

   C. Si les personnes handicapées paient des frais de courtage ou des droits de douane sur des aides et des appareils et accessoires fonctionnels qui sont exonérés, existe-t-il des formalités à suivre pour recouvrer ces droits? Dans l'affirmative, quelles sont ces formalités?

3. A. Quels renseignements fournit-on aux personnes handicapées au sujet des douanes, des frais de courtage, des droits de douane, et des exemptions sur les aides techniques et les appareils et accessoires fonctionnels?

   B. Quels renseignements fournit-on aux personnes handicapées au sujet des formalités à suivre pour recouvrer ces frais et droits (lorsqu'il y a lieu)?

   C. Quelles modifications recommanderiez-vous aux types de renseignements qui sont fournis aux consommatrices et aux consommateurs?

4. Savez-vous si les accords commerciaux internationaux ont des répercussions sur les frais de douane, les droits de douane et les frais de courtage sur les aides techniques et les appareils et accessoires fonctionnels? Dans l'affirmative, quelle est la nature de ces répercussions?

5. Quelles modifications aux politiques recommanderiez-vous à l'égard des droits de douane, des frais de courtage et des frais de douane exigés à l'égard des appareils et accessoires fonctionnels pour les personnes handicapées?

6. A. Devrait-on adopter des normes uniformes sur les aides et les appareils et accessoires fonctionnels pour les personnes handicapées disponibles au Canada et aux États-Unis? Dans l'affirmative, ou dans la négative, veuillez fournir des explications sur votre point de vue.

   B. Quels types de normes uniformes devrait-on adopter ?

Formulaire de consentement pour les entrevues individuelles avec les coordonnatrices et les coordonnateurs de programmes d'appareils et d'accessoires fonctionnels, les décisionnaires et les vendeuses et vendeurs

Novembre 2002

Je, _____, accepte de participer au projet intitulé « Les femmes handicapées et la libéralisation du commerce », lequel vise à examiner la façon dont les politiques canadiennes peuvent assurer l'accès et l'inclusion aux femmes handicapées

Ce projet consiste à examiner la façon dont les femmes handicapées ayant différents antécédents (y compris leurs régions, leurs types de handicaps et leurs antécédents ethnoraciaux) ont été touchées à titre de consommatrices de services de santé et d'appareils et accessoires fonctionnels, et à titre d'entrepreneures s'adonnant au commerce, par les changements apportés au commerce entre le Canada et les États-Unis au cours des années 1990 (y compris par l'adoption et la mise en vigueur de l'Accord de libre-échange nord-américain, en 1994.

Je comprends que cette recherche est effectuée par une équipe de recherche dirigée par Deborah Stienstra, du Centre Canadien d'études sur le handicap (CCEH), et que les entrevues sont effectuées par la chargée du projet. Cette recherche est financée par Condition féminine Canada et a été approuvée par le Comité d'examen de l'éthique du CCEH.

Je comprends que ma participation consistera à répondre à une série de questions, au cours d'une entrevue individuelle, au sujet de l'accessibilité des appareils et accessoires fonctionnels et des aides techniques pour les femmes handicapées. L'entrevue durera de 30 à 45 minutes environ. Les questions me seront remises avant l'entrevue.

Aucune citation directe provenant de l'entrevue et m'étant attribuée ne sera utilisée sans ma permission écrite préalable.

J'accepte que l'entrevue soit enregistrée sur bande audio afin de permettre aux chercheuses de réviser et de transcrire la discussion. La bande audio sera effacée après la transcription de la discussion. Les noms des personnes participant à l'entrevue et leurs caractéristiques personnelles uniques, etc. ne seront pas incluses dans des rapports de recherche ou d'autres publications sans la permission écrite de la personne participante.

Les données obtenues au cours des entrevues individuelles seront tenues confidentielles.

Je comprends que la chercheuse principale et la chargée du projet qui dirigeront les entrevues auront accès aux données recueillies. Je comprends aussi que les données écrites recueillies au cours des séances de groupes de discussion et des entrevues seront emmagasinées au CCEH durant une période de trois ans suivant l'achèvement du projet et qu'elles seront ensuite détruites.

Je comprends que les données recueillies au cours des entrevues seront analysées et qu'elles seront incluses dans le rapport sur le projet, lequel sera fourni à l'organisme de financement, Condition féminine Canada.

Je comprends que ma participation est volontaire et que je peux me retirer de l'étude n'importe quand sans pénalité en communiquant avec les chercheuses. Je comprends aussi que je peux refuser de répondre à n'importe quelle question.

Je comprends que, si j'ai d'autres questions à poser au sujet de l'étude, je peux communiquer avec les chercheuses par téléphone au Centre Canadien d'études sur le handicap, dont le numéro est 287-8411, ou par courriel à l'adresse ccds@disabilitystudies.ca. Je peux aussi communiquer avec la chercheuse principale, Deborah Stienstra, au même numéro de téléphone, ou par courriel, à l'adresse d.stienstra@uwinnipeg.ca.

Je comprends que, si j'ai des préoccupations éthiques au sujet de la recherche, je peux communiquer avec la présidente du comité de recherche du CCEH, au 56, The Promenade, Winnipeg (Manitoba), R3B 3H9.

Dans les situations où on ne pourra pas obtenir de consentement éclairé par écrit en raison de la nature d'un handicap, un consentement enregistré sur bande audio sera accepté.

Signature de la participante _____

Renseignements _____

_____

_____

Date _____

Signature de la chercheuse _____

Date _____

Remettre un exemplaire à la personne participante et l'autre à la chercheuse.

ANNEXE B : TABLEAUX

1	Certains taux tarifaires aux termes de l'Accord sur l'OMC	63
2	Commerce international du Canada, 1992-2001, commerce total et certaines marchandises	64
3	Commerce selon la classification des marchandises, 1992-2001, certains appareils et accessoires fonctionnels	65
4	Commerce selon la classification des industries, 1992-2001, fournitures et matériel médicaux	66
5	Commerce selon la classification des marchandises, 1992-2001, produits pharmaceutiques	67
6	Commerce selon la classification des marchandises, 1992-2001, produits pharmaceutiques	69
7	Commerce selon la classification des industries, 1992-2001, fabrication des produits pharmaceutiques et médicaments	70
8	Prix des produits pharmaceutiques au Canada, 1992-2001	71
9	Dépenses publiques et privées pour les médicaments	72
10	Commerce des voyages liés à la santé, 1992-2001	73
11	Programmes d'appareils et accessoires fonctionnels	74

Tableau 1: Certains taux tarifaires aux termes de l'Accord sur l'OMC

Numéro tarifaire	Dénomination des marchandises	Taux de droit de base			Taux de droit consolidé		Droit de négociateur primitif	Autres droits ou imposition	Date de mise en oeuvre finale
		Ad Valorem	Autre	NC/C	Ad Valorem	Autre			
		(%)			(%)				
1	2	3			4		5	6	7
8713	***Fauteuils roulants et autres véhicules pour invalides***								
8713.10.00	Sans mécanisme de propulsion	9,2		C	0,0				1999
8713.90.00	Autres	9,2		C	0,0				1999
9019-20	***Appareils de mécanothérapie***								
9019.10	Appareils de mécanothérapie; appareils de massage; appareils de psychotechnie								
9019.10.10	Appareils de mécanothérapie; appareils de massage actionnés à moteur; appareils de psychotechnie	9,2		C	00				1999
9019.10.20	Appareils de massage actionnés manuellement	13,6		C	0,0				1999
9019.20.00	Appareils d'ozonothérapie, d'oxygénothérapie, d'aérosolthérapie, appareils respiratoires de réanimation et autres appareils de thérapie respiratoire	4,8		C	0,0				1999
9020.00.00	Autres appareils respiratoires et masques à gaz, à l'exclusion des masques de protection dépourvus de mécanisme et d'élément filtrant amovible	0,0		C	00				
9021	***Articles et appareils d'orthopédie***								
	Prothèses articulaires et autres appareils d'orthopédie ou pour fractures								
9021.11.00	Prothèses articulaires	9,2		C	00				1999
9021.19.10	Attelles en bandes plâtrées	10,0		NC	0,0				1999
9021.19.20	Ceintures et bandages de prothèses et suspensoirs; bandes abdominales d'orthopédie	17,5		C	0,0				1999
9021.19.30	Autres appareils d'orthopédie ou pour fractures	0,0		C	0,0				
	Articles et appareils de prothèse dentaire								
9021.21.00	Dents artificielles	00		NC	0,0				
9021.29.10	Articles de prothèses dentaires, sauf prothèses dentaires	0,0		NC	0,0				
9021.29.20	Prothèses dentaires, y compris les dentiers, les ponts fixés et les couronnes	10,2		NC	0,0				1999
9021.30.00	Autres articles et appareils de prothèses	0		C	00				
9021.40.00	Appareils pour faciliter l'audition aux sourds à l'exclusion des parties et accessoires	0,0		C	0,0				
9021.50.00	Simulateurs cardiaques, à l'exclusion des parties et accessoires	9,2		C	0,0				1999
9021.90.00	Autres	9,2		C	0,0				1999

Source : OMC, tarif des douanes – annexe – section V - Canada. Partie I – Tarif de la nation la plus favorisée.

Tableau 2 : Commerce international du Canada, 1992-2001, commerce total et certaines marchandises (millions de dollars canadiens)

Marchandises	Commerce	Région	1992	2001	Variation en % (année de base 1992)	Variation en % (année de base 2001)
Appareils et article fonctionnels	Exportations	É.-U.	18	91	406,0	80,2
		RDM	64	66	3,1	3,0
		Total	81	157	93,9	48,4
	Importations	É.-U.	253	462	82,6	45,2
		RDM	55	204	271,0	73,0
		Total	309	666	115,5	53,6
Produits pharmaceutiques	Exportations	É.-U.	213	1 833	761,0	88,0
		RDM	214	363	70,0	41,0
		Total	428	2 196	413,0	81,0
	Importations	É.-U.	816	3 175	210,0	67,8
		RDM	556	3 120	169,0	62,8
		Total	1 372	6 295	385,0	68,7
Commerces marchandises	Exportations	É.-U.	125 670	350 734	179,1	64,2
		RDM	37 158	51 731	39,2	28,2
		Total	162 828	402 466	147,2	59,5
	Importations	É.-U.	96 470	218 306	126,3	55,8
		RDM	51 548	124 687	142,0	58,7
		Total	148 018	342 993	131,7	56,8

Source : Établi à partir de données de Statistique Canada, accessibles dans le site Web Strategis d'Industrie Canada à l'adresse <http://strategis/gc/ca>. Consulté en octobre 2002.

Tableau 3 : Commerce selon la classification des marchandises, 1992-2001, certains appareils et accessoires fonctionnels (en millions de dollars canadiens)

Marchandises (Code)	Tarif			1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Fauteuils roulants (SH 8713)	9.3	Exportations	É.-U.	1	10	14	24	26	31	30	27	22	12
			RDM	3	3	2	3	4	5	5	4	5	5
			Total	4	12	15	27	30	37	35	31	27	17
		Importations	É.-U.	17	16	16	16	16	20	29	31	33	40
			RDM	3	2	3	3	2	4	6	6	9	11
			Total	20	18	18	19	18	24	35	36	42	50
Ozonothérapie, oxygénothérapie ou aérosolthérapie (SH 901920)	En fr.	Exportations	É.-U.	6	6	7	14	11	9	13	12	16	16
			RDM	1	2	3	5	4	5	9	9	11	14
			Total	6	8	10	19	16	13	22	21	27	30
		Importations	É.-U.	49	50	42	43	40	48	57	66	54	61
			RDM	7	6	9	13	10	13	14	30	35	49
			Total	55	56	51	56	50	61	70	96	89	109
Articles et appareils d'orthopédie (SH 9021)	En fr.	Exportations	É.-U.	11	15	13	15	17	21	28	31	41	63
			RDM	60	63	64	73	76	72	86	76	65	47
			Total	70	78	77	87	94	94	115	107	106	110
		Importations	É.-U.	187	221	244	274	270	292	347	343	355	362
			RDM	46	49	59	56	58	68	97	132	135	145
			Total	233	270	303	330	328	360	444	475	490	507
Total		Exportations	É.-U.	18	31	34	53	54	61	72	70	79	91
			RDM	64	67	68	81	85	82	101	89	81	66
			Total	81	98	102	133	139	144	172	159	160	157
		Importations	É.-U.	204	237	259	290	285	312	376	373	388	401
			RDM	49	51	61	58	61	72	103	138	145	156
			Total	302	339	363	391	386	432	536	577	586	618

Source : Établi à partir de données de Statistique Canada, accessibles dans le site Web Strategis d'Industrie Canada à l'adresse <http://strategis.g.ca>. Consulté en octobre 2002.

Tableau 4 : Commerce selon la classification des industries, 1992-2001, fournitures et matériel médicaux (SCIAN 339110) (en millions de dollars canadiens)

Commerce	Région	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Exportations	É.-U.	151	146	178	219	230	263	309	342	358	406
	RDM	109	128	131	175	224	217	232	168	137	114
	Total	261	273	309	394	454	480	542	510	495	521
Importations	É.-U.	900	1 008	1 093	1 139	1 142	1 311	1 597	1 706	1 688	1 912
	RDM	398	428	469	535	558	668	750	835	907	1 055
	Total	1 298	1 436	1 562	1 674	1 700	1 979	2 347	2 541	2 595	2 967
Marché intérieur apparent		1 818	1 953	2 141	2 132	2 243	2 777	3 219	3 502	3 838	4 287
Exportations/marché intérieur		14,3 %	14,0 %	14,4 %	18,5 %	20,2 %	17,3 %	16,8 %	14,6 %	12,9 %	12,1 %
Importations/marché intérieur		71,4 %	73,5 %	73,0 %	78,5 %	75,8 %	71,3 %	72.,9 %	72,6 %	67,6 %	69,2 %
Production intérieure estimative*		781	791	888	853	996	1 278	1 413	1 470	1 738	1 841
Production/consommation		43,0 %	40,5 %	41,5 %	40,0 %	44,4 %	46,0 %	43,9 %	42,0 %	45,3 %	42,9 %

Remarque :
*Estimée comme (marché intérieur apparent) – (importations) + (exportations).

Source : Industrie Canada, Strategis, http://strategis.gc.ca. Consulté le 1er février 2004.

Tableau 5 : Commerce selon la classification des marchandises, 1992-2001, produits pharmaceutiques (en millions de dollars canadiens)

Marchandises (Code)	Tarif	Commerce	Région	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Thiocomposés organiques (SH 2930)	10-12,5	Exportations	É.-U.	4	3	5	6	7	7	9	12	7	7
			RDM	5	5	7	8	5	6	8	8	3	1
			Total	8	8	12	13	12	13	16	20	10	8
		Importations	É.-U.	23	28	40	41	43	50	61	48	39	37
			RDM	19	21	18	26	23	38	36	67	123	94
			Total	42	49	58	67	66	88	97	115	161	131
Sucres chimiquement purs, leurs éthers et leurs sels (SH 2940)	9,2-10	Exportations	É.-U.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
			RDM	0	0	2	1	0	3	5	3	2	2
			Total	0	0	2	1	0	3	5	3	2	2
		Importations	É.-U.	2	0	1	1	5	1	1	1	9	18
			RDM	3	5	3	3	4	4	7	10	7	5
			Total	6	5	4	4	9	4	8	11	15	23
Glandes et autres organes et héparine et ses sels; substances humaines ou animales préparées à des fins thérapeutiques non dénommées ailleurs (SH 3001)	9,2-10,2	Exportations	É.-U.	49	59	70	80	60	63	124	113	114	141
			RDM	1	2	2	1	2	2	0	0	1	1
			Total	50	61	72	82	61	64	125	114	115	142
		Importations	É.-U.	4	5	4	7	6	5	8	7	8	9
			RDM	2	2	3	3	3	6	8	5	5	6
			Total	5	7	7	10	10	11	16	12	13	15
Sang; sang préparé (SH 3002)	0-9,8	Exportations	É.-U.	35	34	36	39	34	36	56	140	113	148
			RDM	48	51	47	51	52	61	50	49	42	39
			Total	82	85	83	90	86	97	106	189	155	187
		Importations	É.-U.	117	156	184	145	140	175	253	301	254	338
			RDM	24	26	35	40	49	66	104	75	120	298
			Total	140	182	219	185	189	241	357	375	375	635

(Tableau 5 suite)

Marchandises (Code)	Tarif	Commerce	Région	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Médicaments (SH 3003)	0,9.5	Exportations	É.-U.	20	21	32	29	30	49	71	77	98	42
- non présentés sous forme de doses, ni conditionnés pour la vente au détail			RDM	23	30	21	20	20	20	18	26	9	5
			Total	44	52	53	49	50	69	89	103	107	47
		Importations	É.-U.	25	22	37	38	67	98	144	157	159	92
			RDM	16	16	13	24	28	32	26	27	19	27
			Total	41	39	50	61	95	130	170	184	178	119

Source :
Établi à partir de données de Statistique Canada, accessibles dans le site Web Strategis d'Industrie Canada à l'adresse http://strategis.gc.ca. Consulté le 1er février 2004.

Tableau 6 : Commerce selon la classification des marchandises, 1992-2001, produits pharmaceutiques (suite) (en millions de dollars canadiens)

Marchandises (Code)	Tarif	Commerce	Région	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Médicaments (SH 3004)	0-9,5	Exportations	É.-U.	81	115	243	314	418	690	648	636	880	1 398
			RDM	98	119	119	153	172	220	342	313	247	247
			Total	179	234	362	467	590	910	990	949	1,127	1 645
		Importations	É.-U.	536	385	734	823	949	1 130	1 430	1 864	2 379	2 471
			RDM	468	537	653	768	818	908	1 260	1 623	1 878	2 562
			Total	1 004	922	1 387	1 591	1 767	2 038	2 690	3 487	4 257	5 033
Pansements et articles analogues (SH 3005)	9,5-22,5	Exportations	É.-U.	16	17	24	37	33	43	47	53	61	35
			RDM	1	3	3	20	13	21	17	18	4	5
			Total	17	20	28	57	45	64	65	70	65	41
		Importations	É.-U.	27	30	31	38	45	54	58	61	63	77
			RDM	10	13	10	16	16	22	30	27	33	36
			Total	37	43	41	54	62	76	88	89	96	113
Autres - préparations chimiques pour usage pharmaceutique	0-12,5	Exportations	É.-U.	8	7	12	10	13	27	37	55	45	63
			RDM	38	40	65	60	82	81	120	110	106	62
			Total	46	46	77	70	95	108	157	165	151	125
		Importations	É.-U.	83	87	107	113	131	107	105	122	159	132
			RDM	15	16	22	23	24	34	34	39	66	92
			Total	97	102	129	136	155	141	139	161	224	225
Total*		Exportations	É.-U.	213	256	422	515	595	913	993	1 086	1 318	1 833
			RDM	214	250	266	314	345	414	560	528	414	363
			Total	428	505	689	829	940	1 327	1 553	1 614	1 732	2 196
		Importations	É.-U.	816	714	1 138	1 206	1 386	1 620	2 061	2 562	3 070	3 175
			RDM	556	636	757	903	965	1 110	1 505	1 873	2 250	3 120
			Total	1 372	1 350	1 895	2 109	2 351	2 730	3 566	4 435	5 320	6 295

Remarques :

* Le n « total » comprend les pompes (munies d'un dispositif mesureur) autres que celles qui servent à distribuer du carburant ou des lubrifiants.

Source :

Établi à partir de données de Statistique Canada, accessibles dans le site Web Strategis d'Industrie Canada à l'adresse http://strategis.gc.ca. Consulté en octobre 2002.

Tableau 7 : Commerce selon la classification des industries, 1992-2001, fabrication de produits pharmaceutiques et de ... (SCIAN 3254) (en millions de dollars canadiens)

Commerce	Région	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Exportations	É.-U.	205	259	430	516	607	929	1,012	1 114	1 360	1 932
	RDM	262	257	265	300	333	398	550	567	494	374
	Total	467	516	694	816	940	1 327	1 562	1 681	1 853	2 307
Importations	É.-U.	975	1 236	1 359	1 448	1 628	1 925	2 395	2 928	3 452	3 617
	RDM	729	836	1 001	1 195	1 300	1 373	1 801	2 126	2 477	3 428
	Total	1 704	2 072	2 360	2 643	2 928	3 298	4 196	5 054	5 929	7 045
Marché intérieur apparent		5 474	6 189	6 123	6 577	6 680	6 857	7 408	8 336	9 556	11 531
Exportations/consommation		8,5 %	8,3 %	11,3 %	12,4 %	14,1 %	19,3 %	21,1 %	20,2 %	19,4 %	20,0 %
Importations/consommation		31,1 %	33,5 %	38,5 %	40.2%	43,8 %	48,0 %	56,6 %	60,6 %	62,0 %	61,1 %
Production intérieure estimative*		4 237	4 623	4 458	4 749	4 692	4 886	4 774	4 962	5 480	6 793
Production/consommation		77,4 %	74,8 %	72,8 %	72,2 %	70,2 %	71,2 %	64,4 %	59,5 %	57,4 %	58,9 %

Remarque :
*Estimé comme (marché intérieur apparent) – (importations) + (exportations).

Source :
Établi à partir de données de Statistique Canada, accessibles dans le site Web Strategis d'Industrie Canada à l'adresse http://strategis.gc.ca. Consulté en février 2004.

Tableau 8 : Prix des produits pharmaceutiques au Canada, 1992-2001 (pourcentage de variation annuelle)

	Produits pharmaceutiques			Tous les produits
Année	Prix des médicaments brevetés	Prix de l'industrie	Prix à la consommation	Prix à la consommation
1992	2,1	3,6	2,2	1,5
1993	0,1	0,9	2,9	1,8
1994	-0,7	-0,4	0,9	0,2
1995	-1,9	-0,7	-0,1	2,2
1996	-2,2	0,0	0,4	1,6
1997	-0,1	-0,2	-0,4	1,6
1998	-0,1	-0,7	2,2	0,9
1999	0,2	0,4	2,0	1,7
2000	0,4	1,0	2,8	2,7
2001	0,1	0,3	3,0	2,6
Moyenne	-0,2	0,4	1,6	1,7

Sources :
Médicaments brevetés : indice des prix des médicaments brevetés (IPMB), Canada. Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés.
Industrie : indice des prix des produits industriels (produits pharmaceutiques), Statistique Canada.
Consommation : indice des prix à la consommation (produits pharmaceutiques), Statistique Canada.
Tous les biens de consommation : Statistique Canada.

Tableau 9 : Dépenses publiques et privées pour les médicaments (en millions de dollars et en % du total des dépenses pour les soins de santé)

Année	Total des dépenses millions de $	% de variation	Dépenses par habitant millions de $	% de variation	En % des dépenses pour les soins de santé
Privées					
1992	5 610	10,0	198	8,7	31,0
1993	6 135	9,4	214	8,1	31,4
1994	6 350	3,5	219	2,3	31,0
1995	6 737	6,1	230	4,9	31,7
1996	7 029	4,3	237	3,2	32,1
1997	7 811	11,1	261	10,0	33,5
1998	8 511	9,0	282	8,0	34,8
1999	8 905	4,6	292	3,8	34,0
2000	9 162	2,9	298	2,0	34,1
2001	9 496	3,6	306	2,7	33,9
Moyenne		6,5		5,4	
Publiques					
1992	2 854	11,7	101	10,4	5,5
1993	2 958	3,6	103	2,4	5,7
1994	2 998	1,3	103	0,2	5,7
1995	3 262	8,8	111	7,6	6,2
1996	3 214	-1,5	108	-2,5	6,1
1997	3 467	7,9	116	6,8	6,3
1998	3 863	11,4	128	10,4	6,5
1999	4 418	14,4	145	13,4	7,0
2000	5 150	16,6	168	15,6	7,5
2001	6 054	175	195	16,4	8,1
Moyenne		9,2		8,1	
Total					
1992	8 464	10,6	299	9,3	12,1
1993	9 093	7,4	317	6,2	12,7
1994	9 348	2,8	322	1,6	12,8
1995	9 999	7,0	341	5,8	13,5
1996	10 243	2,4	346	1,3	13,7
1997	11 278	10,1	377	9,0	14,4
1998	12 374	9,7	410	8,7	14,8
1999	13 323	7,7	437	6,8	14,9
2000	14 312	7,4	466	6,5	14,9
2001	15 550	8,6	501	7,6	15,2
Moyenne		7,4		6,3	

Source :
Institut canadien d'information sur la santé

Tableau 10 : Commerce des voyages liés à la santé,* 1992-2001 (en millions de dollars canadiens)

Commerce	Région	1992†	1993†	1994†	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Exportations	É.-U.	55	53	55	64	63	65	70	71	72	75
	RDM	13	14	15	21	23	22	20	21	22	21
	Total	68	67	70	85	86	87	90	92	94	96
Importations	É.-U.	176	122	90	171	184	210	244	266	292	327
	RDM	10	10	8	13	14	16	18	21	22	25
	Total	186	132	98	184	198	226	262	287	314	352

Remarques :
*On entend par dépenses de « voyages liés à la santé » toutes les dépenses effectuées dans un autre pays par des patients.
†Les données antérieures à 1995 sont limitées aux frais d'hôpitaux et de médecins payés en vertu de régimes d'assurance-maladie provinciaux pour des personnes résidant au Canada et, par conséquent, elles ne sont pas strictement comparables aux chiffres de 1995-2001.

Source :
Statistique Canada (2002b).

Tableau 11 : Programmes d'appareils et accessoires fonctionnels

Nom du programme	Administré par	Appareils et articles couverts	Critères d'admissibilité
Alberta			
Alberta Aids to Daily Living (AADL)	Ministère de la Santé et du Mieux-être	Dossiers, aides pour le bain et la toilette, fournitures à cathéter, vêtements compressifs, chaussures faites sur mesure, pansements, électro-larynx, aides auditives (pour les personnes âgées de moins de 18 ans ou de plus de 65 ans), lits d'hôpital, fournitures pour incontinence, matériel d'injection (non fourni pour les injections d'insuline), lève-malade, prothèses mammaires, fournitures de stomie, oxygène, hortèses, prothèses, appareils d'oxygénothérapie, sièges spécialisés, coussins pour fauteuils roulants, fauteuils roulants (manuels et motorisés), marchettes	Les personnes qui sont frappées d'une invalidité chronique (six mois ou plus) ou d'une maladie, et les malades en phase terminale : les personnes résidant en Alberta et munies d'un numéro de soins de santé personnel valide
Colombie-Britannique			
SET-BC	Ministère de l'Éducation de la C.-B.	Le matériel va des outils pour améliorer l'accès aux logiciels de lecture d'écran, aux dispositifs de sortie vocale et aux systèmes informatiques adaptés. SET-BC choisit le matériel qui sera financé par le prêt bancaire en se fondant sur divers facteurs, dont le besoin de l'étudiante ou de l'étudiant, le coût, la durabilité et la disponibilité du matériel, ainsi que le soutien technique.	Les étudiantes et les étudiants, depuis l'école maternelle jusqu'à la 12e année, qui résident en Colombie-Britannique
Programme des services aux adultes	S.O.	Technologie spéciale	Les étudiantes et les étudiants handicapés qui font des études postsecondaires et les employées et employés handicapés qui utilisent des technologies adaptées
Manitoba			
Aucun programme complet, seulement les programmes particuliers indiqués ci-dessous			
Le programme de prothèses mammaires	Santé Manitoba	Prothèses mammaires et soutien-gorge postopératoires	Les personnes qui ont subi une mastectomie unilatérale peuvent demander deux prothèses tous les quatre ans et deux soutiens gorge postopératoires tous les ans
Le programme de lunettes	Santé Manitoba	Lunettes	Toutes les personnes résidant au Manitoba et âgées de plus de 65 ans

Tableau 11 (suite)

Programmes de prothèses auditives	Santé Manitoba	Aides à l'audition (analogues ou numériques, embouts auriculaires et empreintes des oreilles)	Les personnes résidant au Manitoba et âgées de moins de 18 ans qui ont besoin d'une prothèse auditive prescrite par un oto-rhino-laryngologiste ou par un audiologiste
Programme de chaussures orthopédiques	Santé Manitoba	Chaussures orthopédiques (standards ou faites sur mesure)	Toutes les personnes résidant au Manitoba et âgées de moins de 18 ans
Programme de prothèse oculaire et de verres de contact pour enfants en bas âge	Santé Manitoba	Prosthèse oculaire et verres de contact pour enfants en bas âge (uniques ou bilatéraux)	Toutes les personnes résidant au Manitoba qui ont besoin d'une prothèse oculaire ou de coques à but esthétique prescrites par un médecin, ou de verres de contact correcteurs prescrits par un praticien; Santé Manitoba fournira une lentille par oeil, par enfant en bas âge
Programme de prosthétique et d'orthostatique	Santé Manitoba	Membres artificiels et orthèses ou prothèses pour la colonne vertébrale et services connexes	Toutes les personnes résidant au Manitoba qui ont besoin de ces services, prescrits par un praticien
Programme de télécommunications	Santé Manitoba	Matériel de télécommunications, y compris les ATME et les téléavertisseurs	Toutes les personnes résidant au Manitoba qui ont une déficience auditive profonde ou un trouble de la parole profond. On n'accorde qu'une réduction de 80 %, une fois tous les cinq ans
Subvention au transport	Santé Manitoba	Couvre les coûts du transport à l'établissement approuvé le plus proche où le traitement est offert	Les personnes résidant au Manitoba qui ont été envoyées à l'extérieur du Manitoba par des spécialistes de cette province
Aides pour les aveugles	Institut national canadien pour les aveugles (INCA)	Montres et magnétophones à bandes en braille	Les personnes résidant au Manitoba qui sont aveugles ou ont une déficience visuelle grave
Programme communautaire de fauteuils roulants du Manitoba	Society for Manitobans with Disabilities (SMD)	Fauteuils roulants et autres aides à la mobilité	Selon le besoin médical; envoi par un médecin
Nouveau-Brunswick			
Programme de services de santé	Ministère de la Santé	Certains articles de base non couverts ordinairement par les régimes d'assurance-maladie ou les régimes de soins médicaux privés (fauteuils roulants, aides pour salle de bain, lève-malade, marchettes, réparation et pièces de rechange, aides à l'audition, appareils et accessoires orthopédiques, fournitures de stomie, prothèses, équipement d'oxygénothérapie et autres appareils respiratoires, etc.)	Les clientes et clients de l'aide sociale et les personnes à leur charge; les personnes qui ont des besoins en matière de santé particuliers et sont admissibles à des soins aux termes de l'article 4.4 de la *Loi sur la sécurité du revenu familial* et du règlement sur les soins de santé prolongés; les enfants ayant des besoins spéciaux qui sont des clientes ou clients du programme des services communautaires aux enfants ayant des besoins spéciaux (CBSCSN), lorsque la famille fait la preuve qu'elle a besoin d'aide financière

Tableau 11 (suite)

Programme de remboursement de la taxe sur les véhicules	Ministère des Finances	Remboursement de la fraction provinciale de 8 % de la taxe de vente harmonisée (TVH) ou de la taxe sur les véhicules provinciale (TVP) de 15 % sur les transactions de vente privées pour les personnes handicapées	Le véhicule est spécialement équipé d'un appareil permettant à un fauteuil roulant ou un fauteuil triporteur d'y entre ou d'en sortir; ou le véhicule est spécialement équipé de commandes de conduite auxiliaire
Programme de matériel de réadaptation pour les personnes âgées	Financé par le ministère de la Santé et des Services sociaux, mais administré par la Croix-Rouge canadienne	Matériel standard et spécialisé prêté pour améliorer la capacité fonctionnelle dans la vie quotidienne de façon à maintenir la capacité des personnes âgées à demeurer au sein de la collectivité; aides à la mobilité	Les personnes âgées de plus de 65 ans dans les maisons de soins infirmiers
Programme Services de soutien, d'emploi et de formation (SSEF) pour les personnes handicapées	Ministère de la Formation et du Développement de l'emploi	Services de formation et d'emploi qui permettent aux personnes handicapées d'atteindre leurs buts professionnels ou d'obtenir un emploi	Processus de demande; envoi par un médecin
Aide financière aux personnes handicapées	Ministère des Transports	Aide financière pour les coûts de l'achat et de l'installation de matériel et d'accessoires automobiles nécessaires en raison d'un handicap d'un ou de plusieurs conducteurs ou passagers réguliers, tel qu'un appareil de levage pour fauteuils roulants ou un dispositif élévateur de triporteur, des rampes d'accès, des modifications au plancher et aux portes, des systèmes de retenue, des sièges pour les personnes ayant des besoins spéciaux des commandes manuelles, etc.	Les demandes doivent être approuvées par le ministère des Transports
Terre-Neuve-et-Labrador			
Aucun	S.O.	S.O.	S.O.
Territoires du Nord-Ouest			
Aucun	S.O.	S.O.	S.O.
Nouvelle-Écosse			
Programme communautaire d'aide au transport	Ministère des Transports	Comprend les services de transport dans les régions rurales et semi-rurales de la Nouvelle-Écosse	Les personnes qui ont une incapacité ou une maladie de longue durée et qui ne peuvent pas utiliser les transports en commun

Tableau 11 (suite)

Nunavut			
Aucun	S.O.	S.O.	S.O.
Ontario			
Programme des appareils et accessoires fonctionnels et d'oxygéno-thérapie à domicile	Administré par la Direction du soutien opérationnel du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario	Couvre plus de 8 000 pièces, articles ou fournitures appartenant à 11 catégories : prothèses, fauteuils roulants, moyens de déplacement et systèmes de sièges spéciaux, fournitures d'alimentation entérale, moniteurs et bandes de test de diabète insulinodépendant, prothèses auditives, appareils respiratoires, orthèses, aides à la vision et à la communication, et oxygène et appareils dispensateurs d'oxygène. Le programme paye jusqu'à 75 % du coût des appareils et accessoires tels que les membres artificiels, les supports orthopédiques, les fauteuils roulants, les prothèses mammaires et les appareils respiratoires. Pour les prothèses auditives, le programme contribue un montant fixe. Oxygène et matériel dispensateur d'oxygène à domicile.	Les personnes résidant en Ontario (munies d'un numéro du régime provincial d'assurance-maladie) qui ont une incapacité ou une maladie de six mois ou plus
Île-du-Prince-Édouard			
Programme de soutien aux personnes handicapées	Services et mesures de soutien pour les personnes handicapées, ministère de la Santé et des Services sociaux	Le programme, qui est fondé sur des évaluations individuelles, comporte une contribution de la personne, ou de la famille établie selon la capacité de payer et ce, jusqu'à un minimum indiqué dans un barème de cotisation des clientes et clients. Le matériel peut comprendre des aides pour salle de bain, des aides pour les personnes alitées, des fournitures de stomie, des appareils de communication, des fournitures pour appareils d'alimentation, des prothèses auditives, des orthèses, des prothèses Dispositifs, aides visuelles, fauteuils roulants, aides pour la posture et le déplacement et matériel d'analyse comportementale appliquée	Les personnes âgées de 64 ans ou moins qui ont une limitation fonctionnelle résultant d'une incapacité ou d'une maladie qui limitent leurs capacités d'exercer des activités nécessaires à leur indépendance et à leur bien-être. Les incapacités ne comprennent pas la maladie mentale, elles doivent être continues ou récidivantes et susceptible de durer plus d'un an

Tableau 11 (suite)

Québec			
Prothèses auditives	Régie de l'assurance - maladie	Prothèses auditives	Les personnes ayant une perte auditive; la protection varie selon l'âge et le degré de la perte d'audition
Prothèses visuelles	Régie de l'assurance-maladie	Aides à la lecture tels que des magnétophones, des systèmes de télévision en circuit fermé, des systèmes et calculatrices optiques, des aides à l'écriture (telles que les machines à écrire classique et des appareils de transcription en braille), des aides à la mobilité (telles que des cannes blanches et des détecteurs électroniques d'obstacles)	Les personnes assurées par le régime d'assurance maladie du Québec qui sont aveugles ou ont une basse vision
Appareils de stomie	Régie de l'assurance-maladie	Appareils de stomie	Les personnes assurées par le régime d'assurance maladie du Québec qui ont subi une colostomie, une iléostomie ou une urostomie permanente dont la nature permanente est attestée par un certificat médical
Appareils et accessoires qui compensent les handicaps physiques	Régie de l'assurance-maladie	Achat, ajustement, remplacement, réparation et, dans certains cas, aides à la marche, aides à la verticalisation, aides au déplacement, aides au maintien de la posture et leurs composants, suppléments et accessoires; achat, ajustement, remplacement et réparation d'orthèses et de prothèses. Le programme ne couvre pas les fauteuils triporteurs et quadriporteurs motorisés, mais il couvre l'ajustement et la réparation de ces appareils, s'ils ont été payés par l'Office des personnes handicapées du Québec avant le 12 novembre 1998.	Les personnes assurées par le régime d'assurance maladie du Québec qui ont une déficience physique et satisfont aux conditions d'admissibilité du programme
Formes mammaires externes	Régie de l'assurance-maladie	Pour chaque sein, le montant de 200 $ payable tous les deux ans à partir de la date de l'opération ou, dans le cas de l'aplasie, à partir de la date du rapport médical.	Toutes les femmes assurées par le régime d'assurance maladie du Québec qui ont subi une mastectomie totale ou radicale et les femmes âgées de 14 ans ou plus qui ont une absence totale de la formation des seins, faisant l'objet d'un diagnostic médical d'aplasie
Prothèses oculaires	Régie de l'assurance-maladie	Pour chaque oeil, le remboursement du coût de l'achat ou du remplacement d'une prothèse oculaire une fois par période de cinq ans et une allocation annuelle pour la réparation et l'entretien de la prothèse.	Toute personne assurée par le régime d'assurance maladie du Québec qui a besoin d'une prothèse oculaire (oeil artificiel)

Tableau 11 (suite)

Saskatchewan			
Aides à la vie autonome de la Saskatchewan (SAIL)	Ministère de la Santé	Services orthopédiques (prothèses, orthèses, sièges adaptés spécialisés et chaussures faites sur mesure), et soins respiratoires à domicile (oxygénothérapie à domicile, appareils respiratoires). Ce programme ne couvre pas les personnes admissibles à des services d'autres ministères ou organismes du gouvernement du Canada, à l'assurance du gouvernement de la Saskatchewan relative à la Commission des accidents du travail ni les personnes qui résident dans des hôpitaux généraux fournissant des soins de réadaptation ou des soins prolongés	Envoi par un spécialiste, un médecin ou un physiatre
Programme pour paraplégiques	Ministère de la Santé	Financement de certains médicaments, fournitures pour incontinence, appareils de réadaptation spécialisés, commande manuelle, rampes d'accès et appareils de levage pour fauteuils roulants	Personne envoyée par un physiatre
Programme pour les personnes atteintes de la fibrose kystique	Ministère de la Santé	Certains médicaments, suppléments alimentaires et digestifs	Personne envoyée par un médecin
Programme pour les personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique	Ministère de la Santé	Certains médicaments sont couverts	Personne envoyée par le service de dialyse d'un hôpital
Programme des fournitures de stomie	Ministère de la Santé	Remboursement des fournitures de stomie	Personne envoyée par un stomothérapeute
Programme des aides pour les aveugles	SAIL fournit du financement à l'INCA	Montres en braille, calculatrices parlantes, et prothèses pour mal-voyants	
Programme de matériel pour besoins spéciaux	Administré par le Saskatchewan Abilities Council en vertu d'un contrat avec SAIL	Aides à la mobilité, aides environnementales	
Yukon			
Aucun	S.O.	S.O.	S.O.

NOTES

[1] Il n'existe pas de différences importantes entre le pourcentage des femmes et des hommes qui citent ces raisons pour leurs besoins non satisfaits en matière d'appareils et accessoires fonctionnels.

[2] Pour de plus amples détails, voir l'annexe A.

[3] *Individuals with Disabilities Education Act* (IDEA) 20, USC, Ch. 33, 1401, 25, US.

[4] On trouvera de plus amples détails au tableau 3.

[5] On trouvera au tableau 11 de plus amples détails sur le programme d'appareils et accessoires fonctionnels de chaque province.

[6] Nous n'avons pas pu vérifier dans quelle mesure ce système a été une réussite en Australie, mais, selon les comptes rendus que nous avons pu trouver, il y a eu certains transferts de fonds gouvernementaux à des fabricants du secteur privé à l'appui de celui-ci.

[7] http://www.dfait-maeci.gc.ca/businesswomen/moreabout-fr.asp. Consulté le 11 mars 2004.

Projets financés en vertu du Fonds de recherche en matière de politiques de Condition féminine Canada Appel de propositions Les accords commerciaux et les femmes *

Sauvegarder les mesures proactives d'équité en emploi au Canada à l'heure des Accords de commerce
Lucie Lamarche

Accords commerciaux, soins à domicile et santé des femmes
Olena Hankivsky and Marina Morrow with Pat Armstrong, Lindsey Galvin et Holly Grinvalds

Intégration des considérations liées à l'égalité entre les sexes dans la politique commerciale du Canada : Une étude de cas de la mobilité de la main d'œuvre dans les accords commerciaux
Chantal Blouin, Heather Gibb, Maire McAdams and Ann Weston
The North-South Institute

Les accords commerciaux, les services de santé et la santé des femmes
Teresa Cyrus et Lori Curtis

Les femmes handicapées et la libéralisation du commerce
Deborah Stienstra, Colleen Watters, Hugh Grant, Hui-Mei Huang et Lindsey Troschuk

La prise en compte des particularités propres à chacun des sexes au sein de l'Organisation mondiale du commerce : un modèle canadien de promotion et d'analyse
Dana Peebles

Du commerce des fourrures au libre-échange : la foresterie et les femmes des Premières nations au Canada
Connie Deiter et Darlene Rude

* Certains de ces documents sont encore en voie d'élaboration; leurs titres ne sont donc pas nécessairement définitifs